



WERKBOEK

INTENSIEF BEHANDELCENTRUM JEUGD

VISIE- EN METHODIEKBESCHRIJVING IHT JEUGD & HIC JEUGD

Pierre Herpers & Machiel van Velthuijsen (red.)

ISBN

978-94-028-1930-4

Ontwerp/layout door

In Zicht Grafisch Ontwerp, www.inzicht-ontwerp.nl

Gedrukt door

Ipskamp Printing

© Pierre Herpers & Machiel van Velthuisen, 2020

Inhoud

Voorwoord	5
Hoofdstuk 1 Hoofdstuk 1 Visie Intensief Behandelcentrum Jeugd	11
Inleiding	11
1.1 Doelgroep	11
1.2 Theoretisch model	14
1.3 Beknopte visie op de problematiek	18
1.4 Behandelvisie	22
1.5 Behandelaanbod	25
1.6 Veiligheid	29
1.7 Conclusie	32
Hoofdstuk 2 Intensive Home Treatment (IHT) Jeugd	33
Inleiding	33
2.1 Hoe brengt IHT Jeugd de visie in de praktijk	33
2.2 Pre-IHT Jeugd	36
2.3 Team IHT Jeugd	38
2.4 Verschillende overlegvormen binnen IBC Jeugd - IHT	39
2.5 Theoretische achtergrond en werkwijze IHT Jeugd	41
2.6 Werkproces: Beschrijving van het stroomschema en de fasering IHT Jeugd-proces	46
Hoofdstuk 3 High & Intensive Care Jeugd (HIC) Jeugd	59
Inleiding	59
3.1 Wat is een HIC Jeugd	60
3.2 Doelgroep	62
3.3 Doelstelling en indicaties HIC Jeugd	62
3.4 Multidisciplinair team van een HIC Jeugd	66
3.5 Theoretische achtergrond	68
3.6 De HIC Jeugd als klinische voorziening	73
3.7 Methodische begeleiding tijdens opname HIC Jeugd	78
3.8 Multidisciplinaire samenwerking	84
Hoofdstuk 4 Wetenschappelijk onderzoek	93
Inleiding	93
4.1 Wetenschappelijke onderbouwing	94
4.2 Stand van zaken	98
4.3 Conclusie	101

Hoofdstuk 5	De transformatie van verleden naar het heden	103
	Inleiding, de aanloop naar een grootse verandering	103
5.1	Transformatie van het personeel	106
5.2	Transformatie van de cultuur van de organisatie, van instellingsdenkend naar eigenaarschap	111
5.3	De transformatie van kliniek 'achter de schutting' naar zichtbaar in het netwerk	117
5.4	Kosten van de zorg, toen en nu	120
	Nawoord	127
	Referenties	129
Appendix		
1	Hypothetisch model therapieresistente internaliserende problematiek	135
2	Formatieplan IBC Jeugd	139
3	Schematische weergave IHT Jeugd proces	149
4	Schematische weergave 24u bereikbaarheid en interventieschema	153

Voorwoord

In september 2012 is het businessplan IBC Jeugd, Karakter kinder- en jeugd-psychiatrie, regio Universitair Centrum (Van Velthuijsen et al., 2012) gereed gekomen. Na akkoord van regiodirectie en Raad van Bestuur is in januari 2013 een start gemaakt met de implementatie/uitrol. Gekozen werd voor een organisch groei- model waarbij inhoud en organisatie op geleide van ervaringen en ontwikkelingen kon groeien. Concreet wilde dit zeggen dat in 2013 stapsgewijs de toenmalige reguliere klinische behandelafdelingen gesloten werden, personeel werd in fasen opgeleid tot de nieuwe functie van gezinsbehandelaar en bij de nieuwe functie werd een passend competentieprofiel opgesteld. Het jaar 2013 hebben we ons in hoofdzaak gericht op de ontwikkeling van het in Nederland in opkomst zijnde model intensive home treatment (IHT). Dit model werd aangepast aan jeugdigen en verder vormgegeven volgens het in het businessplan genoemde denkconcept van flexibele inzet van intensieve thuis-behandeling, flexibel inzetbare klinische interventies en geïntegreerde poli-klinische zorglijn-behandeling.

De in het businessplan genoemde basisgedachte ‘thuis gaat het beter’ heeft daarbij steeds een centrale rol ingenomen bij inhoudelijke en bedrijfsmatige beleids- keuzes. Kenmerkend voor het model IHT Jeugd in haar oorsprong is de gerichtheid op ouderparticipatie. De jongere en het gezinssysteem behouden het eigenaarschap van het probleem. De eigen regie en ontwikkeling/empowerment van het gezin staat voorop. De inzet van het eigen sociale netwerk en een goede samenwerking binnen het professionele netwerk is onmisbaar. De methodische werkwijze werd gegrondvest op de oplossingsgerichte methodiek.

In 2014 waren de pijlen gericht op de ontwikkeling van de High & Intensive Care Jeugd (HIC) Jeugd. De ‘productsamenstelling’ van IHT + HIC en zorglijnen was en is heden ten dage nog uniek in het landelijk zorgaanbod specialistische jeugd-GGZ. De HIC Jeugd heeft een eigen ontwikkelproces doorgemaakt, waaronder de doorontwikkeling van de basisfilosofie IBC Jeugd (het ‘waarom’), naar visie op concrete onderdelen van het HIC-behandelaanbod (het ‘hoe’), naar uiteindelijk de werkprocessen (het ‘wat’). In december 2014 heeft IBC Jeugd de voormalige locatie in Zetten verlaten en haar intrek genomen in de Karakterlocatie Nijmegen. Daarmee werd in december 2014 de eerste HIC Jeugd van Nederland geopend. In januari 2015 was de vorming van het IBC Jeugd compleet.

Wat in managementliteratuur ook wel ‘de Gouden Cirkel’ van Simon Sinek (2011) wordt genoemd is voor het gehele ontwikkelproces IBC Jeugd kenmerkend geweest voor de wijze waarop het gedachtegoed IBC Jeugd zowel intern als extern onder de aandacht is gebracht. In Sinek’s cirkel zit de kern in het ‘waarom’, dan ‘hoe’ en

vervolgens in de buitenste cirkel komt 'wat'. De mens is zo geprogrammeerd dat we doorgaans geneigd zijn om eerst naar het 'wat' te kijken.

Door ons continu te focussen op het 'waarom' van ons bestaan, het 'waarom' men ons nodig heeft, het waarom we zo doen als we doen, ontstond een goed gewortelde mindset. Deze mindset houdt in dat de coherentie tussen het gezin met haar eigen competenties en vaardigheden, het eigen sociale netwerk, de eigen woonplek, de eigen school, de feitelijke basis vormen voor ontwikkeling en waar nodig herstel. Het vasthouden van de juiste mindset vraagt om voortdurend onderhoud en kost veel energie. IBC Jeugd is een behandelmodel dat tegen de 'gevestigde orde ingaat' en regelmatig niet past in gevestigde constitutionele systemen en processen. De veelal onbedoelde druk van buitenaf om vooral 'in de pas te blijven lopen' bij wat de specialistische jeugd-GGZ al decennia deed, was en is soms nog steeds erg groot.

De jaren 2015 en 2016 hebben vooral in het teken gestaan van 'marketing' van een uniek product. De 'buitenwereld' leefde en leeft nog geregeld met het idee dat een ernstig psychiatrisch probleem een erge ziekte is, die vooral in een klinisch setting behandeld moet worden. Evenzo is men nog vaak overtuigd dat het gezinssysteem overbelast is en juist daarom een klinische interventie, waarbij ouders 'rust' aangeboden wordt, noodzakelijk is. Het gedachtegoed IBC Jeugd gaat regelmatig tegen dit soort overtuigingen in en sluit daarmee aan bij de huidige definitie van gezondheid, zoals beschreven door de WHO: "Health is the ability of a biological system to acquire, convert, allocate, distribute, and utilize energy with maximum efficiency" (World Health Organization, 2006). Dit vertaald naar geestelijke gezondheid is de definitie: "Mental health is defined as a state of well-being in which every individual realizes his or her own potential, can cope with normal stresses of life, can work productively and fruitfully, and is able to make a contribution to her or his community". Feitelijk gaat het om de capaciteit om zich te kunnen aanpassen en om zelfmanagement (Huber et al., 2011). Deze capaciteit dient gestimuleerd te worden en past ook binnen de kaders van de uitgangspunten van de jeugdzorgwet¹.

J

1 Vijf uitgangspunten jeugdzorgwet

1. Preventie en uitgaan van eigen verantwoordelijkheid en eigen mogelijkheden van jeugdigen en hun ouders, met inzet van hun sociale netwerk;
2. De-medicaliseren, ontzorgen en normaliseren door onder meer het opvoedkundig klimaat te versterken in gezinnen, wijken, scholen en in voorzieningen als kinderopvang en peuterspeelzalen;
3. Eerder de juiste hulp op maat te bieden om jeugdigen en gezinnen zo snel mogelijk, zo dichtbij mogelijk en zo effectief mogelijk hulp te bieden met aandacht voor de (kosten)effectiviteit van de geboden hulp;
4. Integrale hulp aan gezinnen volgens het uitgangspunt één gezin, één plan, één regisseur;
5. Meer ruimte voor professionals om de juiste hulp te bieden door vermindering van regeldruk.

uist het feit dat gezinsleden gestimuleerd worden om hun eigen krachten te ontdekken en in te zetten valideert het ouderschap en de ontwikkeltaken van de jongere in positieve zin. Het voortdurend 'uitventen' van de nieuwe mindset heeft in betreffende jaren geleid tot het verwerven van een herkenbare en gewaardeerde positie in het jeugdzorgaanbod voor crisis- en intensieve zorg. De transitie van de jeugdzorg die in januari 2015 concreet werd gaf IBC Jeugd een belangrijk en welkom podium om haar gedachtegoed te mogen presenteren.

De jaren 2016 en 2017 zijn vooral bedrijfsmatig complex geweest. IBC Jeugd groeide gestaag en dat vroeg om een herbezinning op de formatie medewerkers. In deze periode is op alle fronten de formatie behandelaars toegenomen. Uitbreiding en wisseling van personeel vroeg en vraagt soms nog steeds op herbezinning op de wijze van samenwerking en aansturing. De managementstructuur is parallel aan het gedachtegoed van het primaire proces, gericht op empowerment van de individuele medewerker en samenwerkende kracht als volledig organisatie-onderdeel. Iedere individuele medewerker met eigen specifieke vaardigheden en competenties, ongeacht functie of positie draagt bij aan de kracht van de organisatie-eenheid.

De groei van de formatie, de 'tegendraadse' druk van buitenaf, de financieel bedrijfsmatig onzekere tijden en enkele nare incidenten/gebeurtenissen, hebben geleid tot een genuanceerder beeld op de wijze waarop 'zelforganisatie' als organisatiestructuur consequent gehanteerd kan worden. Door de tijd heen blijkt dat hiërarchische sturing vanuit functie- en/of positieverantwoordelijkheid, wet- en regelgeving en organisatiebelang soms strijdig zijn met de grondprincipes van 'zelforganisatie'. IBC Jeugd gaat zo goed als mogelijk steeds uit van de principes van zelforganisatie, waarbij continu gezocht wordt naar de balans tussen sturing en zelforganiserende principes².

2 Principes in balans tussen sturing en zelforganisatie:

Sturing: Verkondiging van een duidelijke visie, kaders zijn duidelijk, monitoren van voortgang en resultaten en aandacht voor het primaire werkproces

Zelforganisatie: Ruimte voor initiatieven, oppakken van eigen verantwoordelijkheden, zicht op eigen resultaten en klant- en resultaatgerichtheid

In 2017 komt het 'kwaliteitsvraagstuk' meer naar voren. Jaren van 'organisch groei' lijken ten einde te lopen. Het product IBC Jeugd heeft bekendheid verworven in de Karakter UC jeugdzorgregio's. Ook daarbuiten heeft IBC Jeugd naam gemaakt en vragen collega organisaties geregeld een werkbezoek aan. Vaker gaan geluiden op of IBC Jeugd zich meer op professioneel vlak intern en extern wil presenteren. Men verwacht van een organisatieonderdeel dat 5 jaar een pioniersrol heeft vervuld, dat er een steeds meer inhoudelijke onderbouwing van het product en haar werkzame factoren te geven is. Tegelijkertijd lijkt bij de medewerkers IBC Jeugd een driedeling te zijn ontstaan: (1) medewerkers die staan te trappelen om te groeien; (2) medewerkers die weliswaar een grote ontwikkeling hebben doorgemaakt, maar op het punt komen van 'verankering' waardoor risico bestaat op routinematig werk en (3) medewerkers die neigen naar 'oud gedrag'.

De voorgaande jaren waren gericht op een uiteindelijk zeer geslaagde kwalitatieve en kwantitatieve inhoudelijke en organisatorische ontwikkeling. Met deze ontwikkeling zijn we binnen Nederland koploper geworden op het gebied van innovatieve psychiatrische crisisbehandeling voor jeugd. Om ook op de langere termijn deze koploperspositie te houden is meer nodig dan eenmalig een goed product in de markt zetten. Het is belangrijk om onderscheidend te blijven. Daarin is het onder andere belangrijk bereid te zijn om 'het geheim van je succes' te delen. Ook is het belangrijk om blijvend te reflecteren op het eigen product, ook gestuurd door feedback van patiënten en zorgverleners, om daarmee duurzaam hoge kwaliteit en service te blijven bieden.

Om dit te doen is het belangrijk om in het 'waarom' te blijven geloven. IBC Jeugd is een topproduct met een scherpe visie op behandeling, met een duidelijk 'waarom'. Het is echter ook onconventioneel en daarmee controversieel. Desalniettemin is het een product, samengesteld uit een scala van onderdelen, die elk afzonderlijk bewezen effectief zijn ('evidence based') of op z'n minst gebaseerd zijn op positieve ervaringen vanuit de praktijk ('best practice based'). Het is een product dat de aandacht verdient om een topproduct te blijven. Daartoe is het belangrijk om te investeren in ontwikkeling, gericht op de toekomst. Echter, het gedachtegoed en de verschillende werkprocessen en de wijze waarop dit inbedding heeft binnen het IBC Jeugd proces is nog onvoldoende beschreven.

Duurzame kwaliteit en service bereiken we door op structurele wijze onze kwaliteitsprocessen te borgen. De verschillende kwaliteitsinstrumenten (interview; kennis-, innovatie- en deskundigheidsbijeenkomsten; inzet systeemtherapeuten als extern collega; casusevaluaties; enz.) worden weliswaar vormgegeven, maar zijn nog te weinig concreet ingebed in het geheel. De samenhang van het geheel der delen is nog onvoldoende duidelijk. Voor een topproduct is het noodzakelijk dat alle medewerkers binnen het bedrijfsonderdeel de visie onderstrepen en in

principe als ambassadeur op pad kunnen. Binnen IBC Jeugd is sprake van een juiste mindset, die wel om voortdurend 'onderhoud' vraagt. Met alleen een 'kopgroep' kun je geen topproduct onderhouden. Medewerkers binnen alle functiegroepen dienen nauwgezet betrokken te zijn. Het gevoel van 'eigenaarschap' is leidend voor de mate waarin medewerkers individueel betrokken zijn.

Om de kwaliteitsprocessen te borgen is begin 2018 besloten het project *IBC Jeugd 3.0* te starten met de opdracht om de huidige werkwijze van IBC Jeugd te beschrijven in al zijn facetten en bedoeld als document met richtlijnen en procedures voor het dagelijks functioneren van het organisatieonderdeel. Daarbij dienen de keuzes, basisprincipes en werkprocessen die al in de afgelopen jaren vertaald zijn in werkdocumenten kritisch onder de loep te worden genomen, geordend en, waar nodig, herschreven. Het nieuwe document zal bestaan uit een aantal hoofdstukken, die als doel hebben, gezamenlijk het hoe, wat en waarom van IBC Jeugd te formuleren:

- *Visie*. Hierin wordt de leidende visie op de problematiek van jongeren beschreven. Deze is belangrijk omdat het vanuit de psychopathologie van de jongere en de problematiek binnen het opvoedingssysteem beter te begrijpen is waarom de werkwijze van IBC Jeugd daadwerkelijk effectief kan zijn.
- *Intensive Home Treatment Jeugd*. Hierin wordt de werkwijze van IHT Jeugd beschreven. Deze vormt de basis voor het gehele behandelaanbod binnen IBC Jeugd. Zowel de methodiek als belangrijke werkdocumenten worden beschreven.
- *High & Intensive Care Jeugd*. Hierin wordt de werkwijze van de HIC Jeugd beschreven. Deze wordt gezien als een verbijzondering van de IHT Jeugd, wanneer extra fysieke veiligheid geboden dient te worden. Zowel de methodiek als belangrijke werkdocumenten worden beschreven.
- *Wetenschappelijk onderzoek*. Hierin wordt een toekomstvisie op de ontwikkeling van een wetenschappelijke onderzoekslijn beschreven. Dit is belangrijk omdat IBC Jeugd nauwelijks onderzoeksgeschiedenis kent, terwijl het wetenschappelijk onderzoeken van de werkwijze van IBC Jeugd wel belangrijk is voor de ontwikkelingen en positionering op lange termijn. Gezien het belang van deze ontwikkeling vormt het hoofdstuk Wetenschappelijk Onderzoek een apart hoofdstuk.
- *Implementatie/transformatie*. Hierin wordt aan de hand van vier thema's (personeel, de organisatiestructuur, kliniek versus IBC Jeugd en financiële bedrijfsvoering) beschreven op welke wijze de transformatie heeft plaatsgevonden en wat hierbij effecten en werkzame elementen zijn geweest.

Dit werkboek is tot stand gekomen door actieve inbreng van alle medewerkers IBC Jeugd werkzaam bij Karakter Universitair Centrum IBC Jeugd. Daarbij gaat het dus niet alleen om de medewerkers die actief aan dit werkboek hebben meegeschreven, maar ook die medewerkers die vanuit hun dagelijkse betrokkenheid en ervaring input geleverd hebben. Daar zijn we hen dankbaar voor. In het bijzonder zijn we dank verschuldigd aan de voorzitters van de verschillende werkgroepen. Zij hebben een belangrijke rol gespeeld in de totstandkoming van de concepten voor dit document. Lianne Stone heeft, naast haar rol als voorzitter van de werkgroep Wetenschappelijk Onderzoek, ook de rol van voorzitter van de projectgroep met verve vervuld. Naast haar waren de volgende medewerkers voorzitter van de werkgroepen: Esther bij de Vaate (werkgroep Visie Intensief Behandelcentrum Jeugd), Marina van Putten (werkgroep Intensive Home Treatment Jeugd), Aloy van Kempen (werkgroep High & Intensive Care Jeugd) en Chantal van de Laar (werkgroep De transformatie van verleden naar het heden).

Dit werkboek is een eerste aanzet om de door de jaren heen opgedane kennis en ervaringen te delen met collega's werkzaam in de jeugd-GGZ. We spreken bewust over een werkboek en niet over een handboek. We beogen niet een vast standaard-model voor crisis-, spoed- en intensieve zorg binnen de jeugd-GGZ te presenteren. Deze vorm van zorg vraagt continue maatwerk en het zou tegenstrijdig zijn aan de inhoud van dit werkboek om te spreken over een vaststaand concept. Niet alleen vraagt het type zorg om maatwerk, maar is ook het zorgstelsel in Nederland voortdurend in beweging, hetgeen vraagt om continue aanpassing. Laat het werkboek vooral een inspiratiebron zijn om in beweging te komen. Graag delen wij onze ervaringen.

Pierre Herpers en Machiel van Velthuisen
15 januari 2020

Hoofdstuk 1: Visie Intensief Behandelcentrum Jeugd

Pierre C.M. Herpers
 Esther bij de Vaate
 Daan Bus
 Marga A.E.F. Peters
 Nicole C. Zweipfennig
 Nynke-M. de Vries

Vertrouwen, verbinding & begrenzing

Inleiding

In dit hoofdstuk wordt de onderliggende visie voor de binnen het Intensief Behandel Centrum Jeugd (IBC Jeugd) gehanteerde behandelmethodiek beschreven. Er wordt gestart met het beschrijven van de doelgroep voor wie dit zorgaanbod beschikbaar is. Vervolgens wordt getracht te verhelderen welke jongeren wij behandelen, vanuit welke visie en met welke methodiek wij dat doen. Hierbij worden er enkele aspecten uitgelicht, zoals samenwerking, veiligheid en organisatie, die belangrijk zijn om te noemen hoe de visie van het IBC Jeugd hierop zijn uitwerking heeft.

1.1 Doelgroep

IBC Jeugd richt zich op behandeling van jongeren met ernstige psychiatrische problematiek in brede zin én hun ouders³. In de literatuur wordt psychiatrische problematiek vaak in een drietal dimensies opgesplitst: (a) psychose ('geestesziekte'); (b) internaliserende problematiek (m.n. angststoornissen, stemmingsstoornissen, autisme, borderline problematiek en eetstoornissen) en (c) externaliserende problematiek ('gedragsproblemen'; Caspi & Moffitt, 2018; Krueger, 1999). De eerste groep vormt een klein deel (5-10%) van de jongeren met acute psychiatrische toestandsbeelden. Het gaat dan met name om psychose en/of manie. De overige jongeren vertonen vaak een mengbeeld van aanhoudende internaliserende en externaliserende problematiek. Bij deze groep is er sprake van stagnatie in de sociaal-emotionele ontwikkeling en terugkerende crises binnen het gezin. Deze crises uiten zich meestal in auto-agressie (agressie naar zichzelf) gedrag en/of

³ Waar de term ouders gebruikt wordt, worden ook opvoeders, pleegouders, stiefouders en andere belangrijke bij de dagelijkse opvoeding betrokken personen bedoeld.

soms in hetero-agressief (agressie naar anderen) gedrag. M.n. in deze laatstgenoemde groep jongeren is er bij ouders sprake van handelingsverlegenheid en (relatieve) pedagogische onmacht.

Voor jongeren met een psychiatrische stoornis in engere zin ('geestesziekte') geldt dat de bestaande richtlijnen en procedures voor behandeling, zoals geaccepteerd binnen het werkveld, gevolgd worden. Desalniettemin vinden wij het ook bij beide groepen jongeren belangrijk dat ouders betrokken blijven bij de behandeling. Voor jongeren met ernstige sociaal-emotionele ontwikkelingsproblematiek is nog weinig beschreven m.b.t. zorg in crisissituaties. Daarom, en vanwege de grootte van deze groep van jongeren, richt de onderstaande tekst zich overwegend hierop.

Symptomen en klachten bij aanmelding

Een aanmelding voor behandeling binnen IBC Jeugd vindt vrijwel altijd plaats tijdens een periode van crisis en paniek. Het gezin ervaart slechts beperkte oplossingsmogelijkheden te hebben. Het gezin voelt zich onmachtig in het omgaan met de symptomen en klachten van de jongere. Bij alle leden van het gezin zijn emoties merkbaar en dan met name boosheid, angst en verdriet. Door de ervaren onmacht en emoties is er ook sprake van een gebrek aan vertrouwen in de ander en is het gezin in een patstelling gekomen: 'pas als die ander verandert, zal ik veranderen'.

Er zijn een aantal klachten die geregeld worden gezien bij jongeren die kampen met chronische psychiatrische problematiek:

- Zelfbeschadigend en suïcidaal gedrag
- Beperkte frustratietolerantie (vanuit boosheid/angst/verdriet/vrolijkheid)
- Somatoforme klachten (m.n. eetproblematiek, somatisatie)
- Claimende presentatie
- Uitval op school
- Vermijding van sociaal-maatschappelijke verantwoordelijkheden en/of ontwikkelingstaken

Hulpvraag

Bij aanmelding vertelt de jongere vaak zich ellendig te voelen en dat het niet lukt om zich prettiger of meer ontspannen te voelen. Vaak wil de jongere ook niet thuis zijn op deze manier en wordt er gevraagd naar een andere oplossing, indirect naar een opname. De jongere wil het liefst dat het probleem in één keer voor altijd is opgelost.

Ouders zien dat hun kind een ernstig probleem heeft en dat zij dit niet kunnen oplossen voor hun kind. Ook benadrukken zij vaak dat hun kind zo niet thuis kan zijn en willen zij graag dat hulpverleners de problematiek van hun kind behandelen binnen een opname. Ouders voelen zich onmachtig, vertrouwen hulpverleners daarom graag de zorg toe van hun kind en verwachten daar veel van.

Doelen van de behandeling

Op gezinsniveau richt de behandeling zich vrijwel altijd op het herstellen van vertrouwen en communicatie. Daarbij gaat het vaak ook om het aanboren van motivatie en zoeken naar andere perspectieven. Voor de jongere is het belangrijk dat hij/zij het gezag van de ouders gaat verdragen en (daarmee) gevoelens van frustratie. Voor ouders is het belangrijk te leren het lijden van hun kind te verdragen. Ook richt de behandeling voor ouders zich vaak op het leren of, en hoe, zij hun kind kunnen begrenzen.

Het gaat echter niet alleen om het vaststellen van doelen voor een behandeling, maar ook om het vaststellen van de gewenste resultaten. In dat kader is het belangrijk om regelmatig binnen het gezin te bespreken in hoeverre voor ouders het algemene hoofddoel van opvoeden zoals hier geformuleerd passend is:

De jongere in kwestie groeit op tot een gelukkige, gezonde volwassene met betekenisvolle relaties (vrienden), in staat is een sociaal-maatschappelijke functie uit te oefenen (studeren, werk), een vaste relatie heeft en eventueel zelf kinderen krijgt.

Dit helpt het gezin vaak om de gewenste resultaten, die binnen IBC Jeugd behaald kunnen worden, in perspectief te plaatsen. Ook al kan er binnen een korte behandelperiode aan behandeling veel gedaan worden, ten opzichte van het hoofddoel van opvoeden blijven het kleine stappen.

Verscheidene subdoelen zijn doorgaans van toepassing op de gezinnen in behandeling. Hieronder volgt een opsomming van de meest voorkomende subdoelen:

- Emotieregulatie verbeteren (waaronder verbetering stemming, zelfverzekerder worden)
- Schoolgang herstellen
- Conflicthantering verbeteren
- Zelfsturing vergroten
- Eigen verantwoordelijkheid leren dragen en nemen
- Ouders leren passend te begrenzen
- De jongere leert begrenzing van ouders te accepteren
- Herstel van ouderlijk gezag

- Omgaan met ‘het lijden van het leven’
- Moeilijke onderwerpen aangaan
- Handvatten voor:
 - o sociaal-maatschappelijke taken
 - o herstel van relaties binnen het gezin

1.2 Theoretisch model

Onderstaand wordt een hypothetisch model beschreven met betrekking tot de ontwikkeling van emotie-regulatieproblematiek en bijkomende psychopathologie. Hoewel biologische factoren hierin een rol spelen, ligt de nadruk in dit model op ontwikkelingsprocessen bij het kind, opvoedingsstijlen van ouders, voor het al of niet tot ontwikkeling komen sociale angst als onderlegger voor de ontwikkeling van ernstigere psychopathologie, die gecompliceerd wordt door een verlies aan vertrouwen (zie ook Appendix 1; Herpers, Neumann, & Staal, 2019).

Biopsychosociaal model

IBC Jeugd is een kinder- en jeugdpsychiatrische afdeling en werkt daarom vanuit een biopsychosociaal model. Oorzakelijke en onderhoudende factoren voor de aanwezige psychopathologie bij de jongere, worden steeds gezocht binnen een drietal gebieden: biologische (medische) factoren, psychologische factoren en sociale factoren. Bij biologische factoren kan het gaan om aanleg (‘genen’), somatische aandoeningen (‘ziekte’) en psychiatrische aandoeningen (‘geestesziekte’). Bij psychologische factoren (bijv. zelfbeeld/beleving; intelligentieniveau, executief functioneren) kan het gaan om emotie-regulatieproblemen en problemen in de morele ontwikkeling.

Bij sociale problemen kan gedacht worden aan onderwerpen zoals armoede, ziekte binnen de familie, problemen op school en problemen binnen de peergroup. Bij jongeren die verwezen worden naar IBC Jeugd wordt veelal ernstige psychopathologie gezien. Toch blijft het aantal jongeren met een psychiatrische stoornis in engere zin (‘geestesziekte’), zoals psychose of manie beperkt (5-10% per jaar). Ook stoornissen als ADHD of autisme zijn niet de belangrijkste reden voor verwijzing naar IBC Jeugd. Veelal gaat het om ernstige emotie-regulatieproblemen, die zich door de jaren heen verder ontwikkeld hebben en veelal hun wortels hebben in het vroege leven. Binnen IBC Jeugd uit deze emotie-regulatieproblematiek zich veelal in (een wisselende combinatie van) suïcidaliteit, zelfbeschadigend gedrag, angst- en/of stemmingsklachten, agressie-regulatieproblemen, onbegrepen lichamelijke klachten en eetproblematiek. Daarnaast is gebleken dat diagnostiek van persoonlijkheid en zelfbeeld toegevoegde waarde te hebben op de standaard risicotaxatie voor suïcidaliteit (Junker, Nordahl, Bjørngaard, & Bjerkeset, 2019).

Omdat emotie-regulatieproblematiek niet alleen door biologische factoren bepaald wordt (Phillips, Drevets, Rauch, & Lane, 2003) en deze problematiek in 90-95% van de bij IBC Jeugd in behandeling zijnde jongeren speelt, wordt uitgebreider stil gestaan bij onze visie op, en de verklaring voor, de ontwikkeling van deze problemen. Logischerwijs volgen uit deze visie de aanknopingspunten voor behandeling die onze werkwijze vormen.

Ontwikkelingsmodel

In de eerste levensjaren starten een aantal belangrijke ontwikkelingsprocessen, die bepalen hoe we in het leven staan en hoe we met problemen en frustraties in het leven omgaan. Het betreft de gehechtheid en de sociaal-emotionele ontwikkeling, die te onderscheiden is in een ontwikkeling van emotie-regulatie en morele ontwikkeling. Hoewel deze processen niet gescheiden van elkaar verlopen, kunnen ze wel onderscheiden worden.

Gehechtheid

Gehechtheidsontwikkeling start in de eerste levensjaren. De gehechtheid van het jonge kind met zijn ouders bepaalt het wereldbeeld en de werkmodellen waarmee dit kind de wereld in stapt. Gehechtheid weerspiegelt de mate waarin ouders en kind op elkaar kunnen vertrouwen als bron van steun gedurende periodes van stress (Waters & Waters, 2006). Is dat niet het geval, dan voelen kinderen zich teleurgesteld en afgewezen. Vinden deze ervaringen van teleurstelling en afwijzing te vaak plaats, dan ontstaat een onveilige gehechtheid (Bowlby, 1969). Individuele verschillen in gehechtheidsprocessen worden meestal relatief grofschalig ingedeeld in een veilige gehechtheid, onveilig-vermijdende gehechtheid, onveilig-afwerende gehechtheid en gedesorganiseerde gehechtheid (Ainsworth, Blehar, Waters, & Wall, 1978). Klassiek worden deze verschillen toegeschreven aan ernstige traumatiserende zorg, maar vaak zien we dat er ook kleinere breuken in de zorg-ervaring aanleiding kunnen geven tot minder veilige communicatiepatronen. Binnen deze communicatiepatronen wordt de afstemming steeds weer net gemist: de gehechtheidsreactie die het kind op dat moment laat zien is adaptief in het omgaan met een emotioneel minder beschikbare/verminderd sensitieve ouder. Dit kan leiden tot verminderd vertrouwen in de ouder, zich uitend in onveilig-vermijndend gedrag (bijv. heimwee) of onveilig-afwerend gedrag (bijv. zich terugtrekken; Beck, 1983; Beck, Taylor, & Robbins, 2003).

Emotieregulatie

Emotieregulatie vindt zijn basis al in de vroegste levensjaren. Dit leren is voor een deel afhankelijk van aanleg; het brein dient in staat zijn om in principe voldoende cognitieve controle te kunnen uitoefenen (bijv. Matthys, Vanderschuren, Schutter,

& Lochman, 2012). Daarnaast speelt de leefomgeving ook een rol, waarbij de overdracht van emotieregulatie van ouders naar hun kind wellicht nog het belangrijkste is (Fonagy et al., 2015). Basisemoties zijn angst, boosheid, blijdschap en verdriet. Kinderen leren via hun ouders emoties te mentaliseren (i.e. van een betekenis te voorzien) en daarmee te hanteren. Emotieregulatie en de daarmee samenhangende interactie(problemen) ontwikkelen zich dus vroeg in het leven en wordt opgeslagen in het ‘basisgeheugen’ c.q. de gehechtheidsprocessen.

Morele ontwikkeling

Gewetensfuncties ontwikkelen zich eveneens vroeg in het leven en gaandeweg naar de volwassenheid toe. Deze ontwikkeling is in te delen in verschillende stadia, waarbij de indeling volgens Kohlberg (1963) nog steeds de basis vormt voor latere beschrijvingen die zich richten op de ontwikkeling van het geweten met de huidige kennis van zaken proberen te beschrijven (Gibbs, 2014). De start van de gewetensontwikkeling vindt al plaats in de eerste 3 levensjaren. In die eerste levensjaren bevindt het kind zich in de zogenoemde *pre-conventionele fase*. In deze peuter/kleuterleeftijd worden daden nog beoordeeld op beloning en straf. Als gedrag beloond wordt, is het blijkbaar goed. Je zou kunnen zeggen dat het geweten dan nog het motto ‘Wat ik mag *doen*, is goed’ hanteert. Belangrijk hierbij is niet wat ouders *zeggen* wat wel of niet geoorloofd is, maar dat ze dat in het gedrag (van zowel zichzelf als van het kind) duidelijk maken. Dit leidt tot zelfregulering die sterk beïnvloed wordt door de opvoeding en met name mate van warmte en steun van ouders (Kochanska & Aksan, 2006).

Bovenstaande processen verankeren zich in het brein als cognitieve schema’s (Bosmans, 2011). Tegelijkertijd ondergaat gedrag dat met herhaling ‘ingetraind’ of aangeleerd wordt, ook een biologische verankering in het brein: in het brein vinden veranderingen plaats waardoor prikkels van buitenaf automatisch tot vaste reacties leiden. Deze mechanismes zijn beschreven voor gedragsproblemen (Damasio, 1994) en voor zelfbeschadigend gedrag (Liu, 2017). Daarnaast heeft de kwaliteit van opvoeding en stress ook invloed op hormoonsystemen die een levenslang effect kunnen hebben (Koss & Gunnar, 2017). Door deze biologische verankering wordt het moeilijker om hier verandering in aan te brengen.

Therapieresistente internaliserende problematiek

Voor een goed begrip van de werkwijze van IBC Jeugd is het belangrijk om de visie op de onderliggende problematiek te verwoorden. Daarmee voeren we een nieuwe term in, namelijk *therapieresistente internaliserende problematiek* (TRIP). Deze term vat een breed scala aan DSM-classificaties samen, waarop de basiszorg van IBC Jeugd zich richt. Hiermee kan de term TRIP trans-diagnostisch ingezet

worden, met minimale aanpassingen om aan te sluiten bij de specifieke problematiek van de jongere en het gezin. Hieronder wordt uitgelegd hoe we tot deze term komen.

Bij emotie-regulatieproblemen wordt voornamelijk gedacht aan chronische suïcidaliteit en zelfbeschadigend gedrag in het kader van borderline persoonlijkheidsproblematiek. Emotie-regulatieproblematiek hoeft echter niet altijd de vorm en de ernst van borderline persoonlijkheidsproblematiek aan te nemen. Het gaat om een breder scala aan symptomen en gedragingen. Het is voor jongeren met emotie-regulatieproblemen moeilijk om differentiatie aan te brengen in hun emoties, die zij dan meestal als ‘gespannen’ benoemen. Spanning is echter de fysieke uiting, die kan passen bij verschillende emoties. Spanning kan optreden bij angst, boosheid, verdriet, maar ook bij positieve emoties als blijdschap en verliefdheid. Uiteindelijk lijkt het bij jongeren met emotie-regulatieproblemen binnen IBC Jeugd, vaak te gaan om een diffuus beeld van boosheid en somberheid.

Omdat emotie-regulatieproblemen niet alleen staan voor suïcidaliteit en zelfbeschadigend gedrag bij borderline persoonlijkheidsproblematiek, maar voor een breder scala aan symptomen en gedragingen, dient de term emotie-regulatieproblemen ook breder gehanteerd te worden. Zodoende worden emotie-regulatieproblemen ook gezien bij stemmingsstoornissen, angststoornissen, eetstoornissen en somatoforme problematiek (Berking & Wupperman, 2012). Emotie-regulatieproblematiek komt dus voor binnen de groep van internaliserende problematiek.

Daarnaast geldt dat de term ‘chronische’ suïcidaliteit te veel een beeld van onbehandelbaarheid impliceert. Alsof er niets aan te doen is, samengaand met de boodschap “je moet er maar mee leren leven”. Dat is natuurlijk een paradoxale en diskwalificerende opdracht als het gaat om suïcidaliteit. Wij zijn van mening dat de term ‘therapieresistent’ beter op zijn plaats zou zijn. Deze term impliceert dat behandeling mogelijk is, maar tot op heden nog niet het gewenste effect heeft gehad en dat nagedacht moet worden over andere behandelvormen, dan wel dat behandeling zich richt op andere doelen dan eerder gesteld.

Samenvattend: de problematiek die binnen IBC Jeugd wordt behandeld, is meestal gebaseerd op sociaal-emotionele ontwikkelingsproblematiek, die zich uit in verschillende vormen van internaliserende symptomen. Het feit dat de problematiek regelmatig onvoldoende verbetering laat zien tijdens eerdere behandelingen wil niets zeggen over het ‘chronisch’ karakter, maar over de hardnekkigheid van de problematiek. Daarom spreken wij liever over therapieresistente internaliserende problematiek.

Sociale angststoornis

De internaliserende problematiek die binnen IBC Jeugd gezien wordt, lijkt vaak ernstige sociale angst als voedingsbodem en als centraal thema te hebben. Algemeen wordt aangenomen dat de kern van de sociale angststoornis gevormd wordt door de angst voor kritiek van anderen (American Psychiatric Association, 2013). Daarbij is vaak sprake van vermijdingsgedrag en negatief gekleurde informatieverwerking (Golombek, Lidle, Tuschen-Caffier, Schmitz, & Vierrath, 2019). Hoewel het een van de meest voorkomende psychiatrische aandoeningen is, wordt een sociale angststoornis onvoldoende herkend omdat patiënten er niet over praten (Leichsenring & Leweke, 2017). Veelal is deze stoornis al in de kinderleeftijd en, in mindere mate, in de adolescentie aanwezig (Stein & Stein, 2008). Vaak ontwikkelt zich comorbiditeit, waarbij de onderliggende sociale angststoornis niet herkend wordt (National Institute for Health and Care Excellence, 2013), terwijl comorbiditeit geassocieerd wordt met een slechtere prognose (Steinert, Hofmann, Leichsenring, & Kruse, 2013). Hoewel genetische factoren van belang lijken voor de mate van kwetsbaarheid, worden ook omgevingsfactoren (bijv. sociale angst bij ouders) een belangrijke rol toegekend in het ontstaan en de ontwikkeling van een sociale angststoornis (Leichsenring & Leweke, 2017). Sociale angststoornissen hebben dus een grote impact m.b.t. algemeen psychisch en sociaal-maatschappelijk functioneren.

Daarnaast impliceert het hebben van angst voor kritiek van anderen ook (de angst) voor kritiek van zichzelf en daaraan gekoppeld perfectionisme (van Rhijn & Leuning, 2016). Dit zijn transdiagnostische factoren die ook bij andere internaliserende problematiek gezien wordt, waarmee het aanhoudend dysfunctioneren vanuit sociale angst vervolgens weer een grote impact lijkt te hebben op de ontwikkeling van comorbide psychopathologie en verlies van vertrouwen in behandeling.

1.3 Beknopte visie op de problematiek

Jongeren worden vaak naar IBC Jeugd verwezen als een volgende stap in de behandeling, nadat diverse medicamenteuze en niet-medicamenteuze interventies binnen een poliklinisch traject onvoldoende effect lieten zien. Er wordt binnen IBC Jeugd dan opnieuw gekeken naar de problematiek, rekening houdend met wat niet gewerkt heeft. Er wordt een analyse gemaakt met een focus op factoren die verklarend kunnen zijn voor de onvoldoende werkzaamheid van eerdere therapeutische interventies. Daarnaast wordt gekeken naar factoren waarop interventies een positieve invloed zouden kunnen uitoefenen.

Een vaak voorkomende factor is dat jongeren, maar ook vaak ouders, gedemoraliseerd en gedemotiveerd zijn: ze hebben geen vertrouwen (meer) in

behandelaren en dus geen motivatie voor behandeling. Bovendien zijn conflicten binnen het gezin dermate opgelopen, dat kind en ouders ook geen vertrouwen meer hebben in elkaar. Dit gebrek aan vertrouwen heeft toenemend geleid tot een patstelling in de relatie tussen jongeren en ouders, waarin iedereen zich machteloos en gefrustreerd voelt. Belangrijke aanname in deze visie is dat de jongere is gestopt met steun zoeken bij zijn ouder(s) in tijden van psychologische nood, vanwege eerdere interpersoonlijke teleurstellingen en breuken in vertrouwen (Cassidy, 1994). Daarmee is het vaak zo dat niet zozeer de problematiek van de gezinnen binnen IBC Jeugd ernstiger is dan normaliter ambulantly behandeld wordt, maar dat het gezin vaster is komen te zitten in disfunctionele interactiepatronen en het gebrek aan vertrouwen om er met elkaar uit te komen groter is.

Vooraleer een kindgerichte behandeling vormgegeven kan worden is het dus van belang om de jongere weer tot herstel van vertrouwen in zijn omgeving te krijgen. Ouders vormen hierin een belangrijke, zo niet de belangrijkste schakel, omdat ouders ook voor jongeren in de puberteit nog steeds een voorbeeld vormen waaraan zij loyaal willen zijn (Bandura, 1973; Schacter & Margolin, 2019). Herstel van vertrouwen in ouders is daarom belangrijk voor het ervaren van gehechtheid ('werkmodel voor hoe een jongere de uitdagingen in het leven aangaat'). Het repareren van vertrouwen en de samenwerking tussen de jongere en ouder(s) is een doel in de behandeling binnen IBC Jeugd, zodat ouders weer een bron van steun kunnen zijn om emoties te helpen reguleren. Ouders kunnen daarbij ondersteunend zijn om de autonomie van de jongere uit te bouwen. Vervolgens kan verder gewerkt worden aan de kind-eigen problematiek.

Leertheoretisch model

Voor een goed begrip van de trans-diagnostische aspecten van het TRIP-model is het belangrijk om de leertheoretische aspecten van dit model nader toe te lichten. De leertheorie gaat ervan uit dat specifieke ervaringen kunnen leiden tot het leren van nieuw, min of meer duurzaam gedrag of nieuwe attitude, of dat deze ervaringen ten minste het vermogen daartoe creëren. Hierbij kan het gaan om (1) de effecten die ontstaan ten gevolge van (herhaalde) blootstelling aan dezelfde prikkel (niet-associatief leren), (2) de effecten die het gevolg zijn van (herhaalde) blootstelling aan twee stimuli (klassieke conditionering) en (3) de effecten die het gevolg zijn van (herhaalde) blootstelling aan consequenties van gedrag (operante conditionering / associatief leren; Korrelboom & Ten Broeke, 2014). Deze principes lijken een belangrijke rol te spelen in het ontstaan van gehechtheidsproblematiek en is zodanig, met de daarbij passende behandelmethodiek, eerder beschreven (Bosmans, 2016). Het is echter belangrijk om binnen het TRIP-model te verklaren dat toestandsbeelden met een verschillende DSM-classificatie eenzelfde etiologie kunnen hebben.

Wanneer zich een negatieve gebeurtenis voordoet, dan is de eerste reactie (cf. Kübler-Ross & Kessler, 2014), ontkenning ('dat kan toch niet waar zijn!'). Feitelijk kan dit gezien worden als een eerste, algemene poging om de negatieve ervaring ongedaan te maken ('als het niet waar is, dan hoeft ik me ook niet naar te voelen'). In eerste instantie kan de bijbehorende emotie nog diffuus/ongedifferentieerd zijn, m.n. een gevoel van frustratie (i.e. een combinatie van emoties als boosheid, verdriet en angst) te vermijden. Na deze initiële reactie volgt een meer gedifferentieerde emotionele beleving. Deze specifiekere beleving kan ingegeven zijn door de biologische opmaak van de betreffende persoon. Wanneer kinderen dit soort situaties en bijbehorende emoties ervaren lijkt de reactie van ouders nog belangrijker. Die kan begrenzend zijn, maar ook bekrachtigend. Deze reactie kan maken of een bepaalde emotionele reactie vaker gaat optreden bij frustratie, of eerder zal uitdoven (Schema 1). Wanneer ouders deze emotie weten te neutraliseren, m.n. doordat het kind leert deze emotie zelf te hanteren, gaat het kind zich krachtig voelen. Wanneer echter ouders zelf moeite hebben om (een bepaalde) emotie te hanteren, wordt het ook moeilijk om die bij hun kind te hanteren. Dit kan bekrachtiging van het gebruik van deze emotie in de hand werken. De eerste reactie op een emotie is de neiging deze te vermijden. Wanneer opvoeders hierin meegaan, zal dit gedrag versterkt worden en zal m.n. die emotie en het gedrag 'naar voren komen' die winst opleveren. M.a.w.: 'wanneer het uiten van angst oplevert dat ik door mijn ouders uit een vervelende situatie gehaald wordt, dan zal ik daar in de toekomst gebruik van maken'.

Schema 1

S →	O →	R →	C
Frustratie →	Genen / Vermijding van frustratie →	Gedrag →	'Opvoedingsstijl ouders'

S stimulus, O organisme, R reactie, C consequentie

Bekrachtigingsprocessen via ouders

Belangrijke voorbeelden van emotie-regulatieproblemen worden gezien in borderline problematiek (internaliserende emotie-regulatieproblematiek) en oppositioneel/antisociaal gedrag (externaliserende emotie-regulatieproblematiek). Bovendien lijken beide eenzelfde etiologie te kennen, leidend tot een verschillende, gender-gelateerde, uitkomst ('equifinality'; Beauchaine, Klein, Crowell, Derbidge, & Gatzke-Kopp, 2009). Meer specifiek: vroege levensomstandigheden van jongeren met een borderline persoonlijkheidsstoornis, en die met een gedragsstoornis, zijn vergelijkbaar. Het gaat dan niet om beperkingen in de capaciteiten om emoties te verwerken, maar om beperkingen om emotieregulatie effectief in te zetten op moeilijke momenten (Peter, Arntz, Klimstra, & Vingerhoets, 2017). Daarbij komt dat

inadequate emotie-regulatie bekrachtigd wordt door niet-effectieve opvoedingsstijlen van ouders (Linehan, 1993). Deze bekrachtiging beperkt zich niet alleen tot externaliserend gedrag en is ook van toepassing op internaliserend gedrag (Berking & Wupperman, 2012). Wanneer deze processen zich in de eerste levensjaren afspelen heeft dit invloed op de gehechtheid. Onveilige gehechtheid wordt dan ook gezien als een trans-diagnostische risicofactor voor de ontwikkeling van psychopathologie (Bosmans, 2016). Daarbij gaat het niet alleen om stemmingsklachten, angstklachten en zelfbeschadigend gedrag, maar is dit ook van toepassing op aandoeningen zoals somatisatie, conversie, eetproblematiek. Dit kan ook verklaren waarom in wetenschappelijk onderzoek een grote overlap wordt gevonden in de ontwikkelingspaden van gedragsstoornissen en borderline persoonlijkheidsstoornis (Beauchaine et al., 2009).

Opvoedingsstijlen van ouders kunnen variëren per leeftijdsfase, per kind, maar ook per situatie/levensdomein, afhankelijk van waarin ouders geloven als zinvol in de gegeven omstandigheden (Smetana, 2017). Daarnaast kan de intergenerationale overdracht van prosociaal gedrag ook bemoeilijkt worden vanwege kindfactoren (Fonagy & Luyten, 2017). Ook kan eigen problematiek bij ouders leiden tot problematiek bij hun kind(eren). Zo kan chronische stress bij ouders leiden tot meer angstige kinderen (Allen, Sandberg, Chhoa, Fearn, & Rapee, 2017).

Opvoedingsstijlen kunnen worden ingedeeld in drie categorieën: (a) autonomie-bevorderend, (b) controlerend en (c) structurerend (Soenens & Vansteenkiste, 2010). Autonomie-bevorderende opvoeding richt zich erop dat een kind leert de uitdagingen in het leven zelf te managen. Een controlerende opvoedingsstijl brengt een externe expliciete controle aan en een structurerende opvoeding richt zich op het aanbrengen van externe regels. Wat betreft deze opvoedingsstijlen wordt het ontstaan van internaliserende problematiek vooral in verband gebracht met het concept *psychologische controle* (Soenens & Vansteenkiste, 2010), terwijl sociale angst toenemend met een overbeschermende opvoedingsstijl in verband wordt gebracht (Hemm, Dagnan, & Meyer, 2018). Bij het uitvoeren van psychologische controle passen ouders technieken toe die zich richten op inductie van schaamte, schuld en het onthouden van liefde. Dit vertaalt naar jongeren met TRIP-problematiek lijken de onderstaande principes van toepassing:

- *Ouders* van jongeren die in zorg zijn binnen IBC Jeugd, lijken vaak moeite te hebben om negatieve emotie bij hun kind te hanteren. Er is een patroon ontstaan waarbij op kwetsbaarheden vooral gereageerd is met zorgzaamheid, in een poging om daarmee gevoelens van onvrede weg te nemen. Dit leidt uiteindelijk tot onvoldoende coping. Het evenwicht tussen een zorgzame en een begrenzend opvoedstijl lijkt te zijn kwijtgeraakt. Door een 'niet-begrenzende' houding wordt het ongewenste gedrag niet passend begrensd en

bekrachten ouders het ongewenste gedrag. Dit interactiepatroon lijkt een belangrijke onderlegger voor de internaliserende problematiek waarmee jongeren zich presenteren: zij lijken niet meer te weten/voelen wanneer zij dingen goed doen, ontwikkelen toenemend sociale angst en gaan steeds meer twijfelen en uiteindelijk ongelukkig worden. Dat leidt tot toenemend vermijdingsgedrag, waarin ouders zich toenemend onmachtig voelen dit bij te sturen. Daarmee nemen de autonomie-bevorderende kwaliteiten in de opvoedingsstijl van ouders af.

- *Kind* lijkt te reageren vanuit de gedachte “Als ik dit gedrag vertoon, krijg ik de dingen gedaan zoals ik ze wil.” Daarmee krijgt het de beleving dat het zaken naar zijn hand kan zetten, hetgeen voeding geeft aan narcistische gedachten. Echter, tegelijkertijd ontstaat de gedachte “Als mijn ouders mijn emoties niet kunnen containen, dan heb ik vreselijke emoties, en dan ben ik vreselijk”. Dit leidt weer tot insufficiëntiegevoelens. Deze combinatie van het ene moment ‘op handen gedragen’ worden en het andere moment ‘vreselijk’ gevonden worden (narcisme & krenking tegelijkertijd) is moeilijk om te verdragen en leidt tot onzekerheid. De onderliggende vragen worden dan “wanneer doe ik het goed genoeg?” en “Ben ik goed genoeg?”. Van daaruit ontwikkelt zich de gedachte “ik ben anderen/mijn ouders tot last en kan er daarom maar beter niet meer zijn”, tot een kernovertuiging.
- Er ligt geen schuld bij de ene of de andere partij. Het probleem ontstaat in de interactie met onvoldoende helderheid en passend begrip over en weer.
- Wel hebben er vaak vroeg in het leven gebeurtenissen (bijv. perinatale complicaties of langdurige ziekte) plaatsgevonden, waardoor ouders een zorgzame opvoedingsstijl aangenomen hebben. Vervolgens blijkt het moeilijk om weer een ‘normaal begrenzende’ opvoedingsstijl aan te nemen.

1.4 Behandelvisie

Behandeling binnen het Intensief Behandelcentrum (IBC) Jeugd is gericht op het ondersteunen van jongeren met psychiatrische problematiek en hun ouders, waarbij de jongere is vastgelopen in het dagelijks functioneren. Daarbij is er vaak sprake van crisis binnen de directe leefomgeving, met name binnen het gezin. Het gezin speelt een belangrijke rol in het zoeken naar oplossingen. Wij richten ons op het hervinden van de eigen krachten bij de jongere en zijn ouders om de ontstane impasse in de crisis te doorbreken. De hulp is erop gericht de jongere en ouders te stimuleren en ondersteunen om hierover weer in gesprek met elkaar te komen en weer het vertrouwen in elkaar te vinden. Van daaruit helpen wij bij het verbeteren van het persoonlijk functioneren van de jongere. Daarbij richten we ons niet alleen op het zelfbeeld, maar ook op het (weer) leren omgaan met vrienden en school.

Het hiervoor beschreven TRIP-model lijkt te impliceren dat het gaat om een vrij simpel, gedragsmatig/interactioneel bepaald mechanisme. En dat een aanpassing in de interactie met de jongere het gedrag van die jongere zal doen veranderen. Daar staat tegenover dat, wanneer een jongere met zijn ouders voor behandeling binnen IBC Jeugd komt, vaak al gebleken is dat eerdere behandeling weinig/ geen verbetering heeft gegeven. Wanneer jongeren weinig eerdere behandeling hebben gehad, wordt de problematiek ingeschat als zodanig ernstig, dat ‘lichtere’ behandelmethoden onvoldoende worden geacht.

Deze onvoldoende werkzaamheid van eerdere behandeling is mogelijk te verklaren vanuit het feit dat het gaat om onderliggende gedrags- en interactiepatronen die vroeg in het leven zijn ontstaan en zich gedurende de jaren daarop steeds meer verankerd hebben. Daarbij dient ook rekening gehouden te worden met het feit dat het gedrag bij ouders vaak bestaat uit handelingen die op zich niet verkeerd zijn, waarbij ook de handelingen van de jongere te begrijpen zijn. Gedragsveranderingen binnen het gezinssysteem zijn echter moeilijk door te voeren, waarbij het gebrek aan vertrouwen in elkaar een centraal thema blijkt te zijn. Er is een patstelling ontstaan, waarbij niemand meer een eerste stap durft/ wil zetten om tot verandering te komen dan wel niemand vertrouwen heeft dat verandering van het eigen gedrag ook zal leiden tot verbetering binnen de algehele situatie.

Dit is verklaarbaar vanuit de klinische ervaring dat jongeren binnen IBC Jeugd graag de vrijheid van autonoom handelen willen (passend bij de leeftijd), maar tegelijkertijd gedrag vertonen dat maakt dat ouders zich enorm zorgen maken en willen begrenzen. Deze begrenzing werkt echter niet (meer) en worden de eerdere ervaringen m.b.t. de verstoord verlopen ontwikkeling van emotie-regulatie, morele waarden en gehechtheid steeds weer bevestigd. Dit leidt tot frustratie en teleurstelling.

De hypothese volgend, dat er sprake is van TRIP-problematiek, dient behandeling zich niet alleen te richten op strikte behandelprocedures voor bijv. angst- of stemmingsklachten, maar eerder op trans-diagnostische factoren (Marchette & Weisz, 2017). Het blijkt namelijk moeilijk om aandoeningen diagnostisch goed te differentiëren en mogelijk is het beter om te focussen op kernsymptomen die de basis lijken voor de overige symptomatologie (Fried et al., 2017). IBC Jeugd richt zich daarom in eerste instantie op herstel van communicatie en vertrouwen binnen het gezin, om in tweede instantie te kijken naar mogelijke kind-eigen factoren die gerichte aandacht behoeven. Omdat een gebrek aan vertrouwen vaak gekoppeld is aan een gebrek aan gevoel van invloed hebben, is het belangrijk om met betrokkenen te zoeken naar mogelijkheden om wel weer invloed te krijgen op de situatie. Oplossingsgerichte therapie vormt daartoe een belangrijke schakel, omdat deze behandelvorm bij uitstek gericht is op empowerment.

Daarnaast speelt een systemische aanpak een belangrijke rol vanwege de onderlinge invloed van systemische factoren, maar vooral vanwege de belangrijke rol van ouders binnen de behandeling: behandelaars binnen IBC Jeugd coachen ouders, zodat deze naar hun kind toe in de interactie weer met kracht hun opvoedende rol kunnen uitoefenen. De belangrijkste onderdelen van deze trans-diagnostische behandeling omvatten:

- Herstel van de communicatie en het vertrouwen tussen jongere en ouders (Bosmans, 2016)
- Empowerment van jongere en ouders (De Haan & Bannink, 2017)
- Daarmee speelt ook de mate van hoop een rol. Vooral wat betreft reactief zelfbeschadigend gedrag heeft het hebben van hoopvolle toekomstvisie een remmende werking (Fite, Poquiz, Frazer, & Reiter, 2017).
- Focus op systemische interventies die effectief zijn, bijv. MST-technieken (Henggeler et al., 2003)
- Leren verdragen dat de dingen zijn zoals ze zijn en hoe je daarmee om kunt gaan. Het is met name belangrijk dat er acceptatie ontstaat van de eigen gevoelens en gedachten, om zodoende beter te leren relativeren (Hayes, Strosahl, & Wilson, 2016).

Attitude bejegening

De basishouding van medewerkers van het IBC Jeugd kenmerkt zich door een oplossingsgerichte manier van werken, gericht op het behalen van bij de start van de behandeling gezamenlijk vastgestelde doelen. Daarbij wordt ervan uit gegaan dat ieder individu in staat is eigen en effectieve oplossingen te vinden voor hun problemen.

De technieken en interventies zijn empowerment bevorderend en stralen een vertrouwen in de potenties en capaciteiten van individuen uit. Ze zijn erop gericht de autonomie en zelfredzaamheid van jongeren en hun gezin te vergroten. Hieruit volgt logischerwijs de intentie om dwang en drang zo min mogelijk in te zetten en te beperken tot een absoluut minimum. Het uitgangspunt is het stimuleren van vertrouwen en eigen verantwoordelijkheid van de jongere.

De communicatie met en tussen gezinsleden krijgt specifieke aandacht. De behandeling is erop gericht middels een doelgerichte en constructieve communicatie het vertrouwen van zowel de jongere in zichzelf als binnen de gezinsrelaties te vergroten. Theoretische uitgangspunten hiervoor worden gevonden in de leertheorie, de systeembenadering en de oplossingsgerichte therapie:

- De basisgedachte van de leertheorie is dat alle gedrag is zinvol in het licht van de betekenis van de context en de gevolgen van het gedrag. De gevolgen van het gedrag worden vaak bepaald door de omgeving. Het woord 'gedrag' dient

in dit verband breed te worden opgevat; het gaat om cognities, emoties en concreet handelen (Slot en Spanjaard, 2006). Vanuit de leertheorie volgt ook de gedachte dat gedrag is aan te leren, maar ook af te leren.

- De kerngedachte van de systeembenadering is dat elk individu een onderdeel is van een groep individuen: een systeem en het gezin wordt beschouwd als een dynamisch systeem, dat continu in verandering is. Systeemgericht werken gaat ervan uit dat de mens pas werkelijk te begrijpen is in de context van zijn relaties en dat in intermenselijke relaties nooit te zeggen is wat oorzaak is en wat gevolg (circulaire causaliteit).
- In de oplossingsgerichte therapie wordt het als belangrijk gezien om het type relatie vast te stellen, omdat deze ook bepaald op welke manier het beste verdere afspraken gemaakt kunnen worden. Oplossingsgerichte therapie onderscheidt 3 types relatie, die ieder hun eigen bejegeningstrategie kennen (De Haan & Bannink, 2017):
 - o *Klant*-typische relatie. Hiervan is sprake als de betrokkene een probleem ervaart en zichzelf als deel van het probleem en/of de oplossing ziet. De betrokkene is bereid om te veranderen.
 - o *Klaag*-typische relatie. Hiervan is sprake als de betrokkene wel een probleem ervaart, maar zichzelf *niet* als deel van het probleem en/of de oplossing ziet. De betrokkene is niet veranderingsbereid.
 - o *Bezoeker*-typische relatie. Hiervan is sprake als de betrokkene verwezen is, maar zelf geen probleem ziet. Anderen hebben zorgen, terwijl de betrokkene niet veranderingsbereid is. Anders geformuleerd: de betrokkene heeft de gedachte (al of niet terecht) geen andere optie te hebben dan hier te moeten zijn en is het niet eens met de geboden aanpak van het probleem.

1.5 Behandelaanbod

IBC Jeugd is bedoeld voor jongeren van 12 t/m 17 jaar met complexe psychiatrische problematiek. Wij bieden een *Intensive Home Treatment* (IHT) Jeugd, een zeer intensieve gezinsbehandeling in de thuissituatie, die op basis van de situatie snel, flexibel en meerdere malen per week ingezet kan worden. De behandelaars zijn 24 uur per dag bereikbaar en beschikbaar. Daarnaast bieden wij de mogelijkheid van een directe en korte klinische opname binnen de *High & Intensive Care* (HIC) Jeugd. Deze manieren van behandeling zijn gericht op de behandeling van het systeem en de aangemelde jongere. De behandeling is gericht op het herstellen/verbeteren van communicatie, hiërarchie en vertrouwen binnen het systeem waarin ouders en het kind elkaar vertrouwen en kennis krijgen om te handelen in crisissituaties. Door de behandeling te richten op de verbindende factor tussen ouders en kind en deze te versterken.

De kracht van behandeling vanuit het IBC Jeugd (HIC Jeugd en IHT Jeugd) ligt in een trans-diagnostische behandeling gebaseerd op onderliggende, algemeen geldende principes. Denk daarbij aan diagnoses die binnen dezelfde diagnostische categorie vallen (bijv. angststoornissen; Barlow et al., 2017), maar ook aan diagnoses met een grote overlap in dimensies. Het blijkt namelijk moeilijk om aandoeningen diagnostisch goed te differentiëren en mogelijk is het beter om te focussen op kernsymptomen die de basis lijken voor de overige symptomatologie (Fried et al., 2017).

Opname-vervangend c.q. opnamevoorkomend

IBC Jeugd biedt zorg aan jongeren waarbij sprake is van ernstige psychiatrische problematiek, niet zelden in combinatie met belemmeringen op één of enkele levenssferen; gezin, onderwijs of sociale netwerk. Daar waar in het verleden (langdurige) opname geboden werd, biedt IBC Jeugd sinds 2013 opname-vervangende dan wel opnamevoorkomende zorg middels ‘matched care’ behandeling in de thuissituatie. Daarmee wordt beoogd, steeds verder escalerende probleem-situaties in een vroegtijdig stadium te voorkomen. Omdat het herstel van vertrouwen zo belangrijk is vinden wij het belangrijk dat ouders actief in het behandelproces blijven deelnemen wanneer sprake is van een (kortdurende) klinische opname. Deze zal dan ook altijd plaatsvinden met minimaal één verantwoordelijke ouder/opvoeder. Een of enkele dag(en)/nacht(en) klinisch op de HIC Jeugd, wordt gezien als een onderdeel van het ambulante traject (IHT Jeugd), een mogelijke interventie binnen behandeling. Het ambulante traject heeft een duur van 4 maanden waarin er in afstemming met het gezin thuisbezoeken worden gepland. Deze vinden in de beginperiode meerdere keren per week plaats en kunnen in de eindfase verminderen naar 2x per week. Huisbezoeken kunnen ook in de avond en/of het weekend plaats vinden. Daarnaast biedt de HIC Jeugd 24/7 bereikbaarheid voor consultatie en ondersteuning van jongere/ouders of andere betrokkenen. De regeling 24 uren bereikbaarheid is schematisch weergegeven in appendix 4.

Andere therapievormen

Het oplossingsgericht/competentiegericht en systeemtherapeutisch werken vormt de basis in de manier van werken van IBC Jeugd. Deze combinatie stimuleert het (terugwinnen van) vertrouwen binnen het systeem om met elkaar aan de slag te gaan. Daarnaast kunnen ook meer op het individu gerichte behandelvormen worden ingezet. Zoals bijv. cognitieve gedragstherapie of medicatie.

Gedurende het gehele zorgtraject wordt er, samen met de jongere en het gezin, gekeken welke zorg passend is bij de doelen van het gezin. Ook wordt de afweging gemaakt wáár binnen het zorgtraject de zorg passend is; HIC, IHT en/of als vervolgzorg na IBC Jeugd (bijv. polikliniek of jeugdhulp). Steeds wordt gezocht

naar een passend, maar ook uitvoerbaar zorgaanbod. Dit met oog voor de balans draagkracht/draaglast: er zal steeds gekeken moeten worden of met aanvullende behandeling het gezin niet overvraagd wordt.

Samenwerkingspartners

Behandeling van de jongere richt zich niet enkel op de jongere zelf. De behandeling van de jongere is mede gericht op herstel van sociaal-maatschappelijk functioneren. Dit betekent dat het er niet alleen om gaat of de jongere in kwestie zich bijv. ontspannen of tevreden voelt, maar ook of hij naar ieders tevredenheid binnen het gezin functioneren kan en of hij schoolse verantwoordelijkheden na kan komen. Daarom is het essentieel dat het gezinssysteem, maar ook de systemen daarbuiten betrokken worden.

Hierbij speelt school een belangrijke rol. Een kind heeft ontwikkelingstaken en onderwijs vormt hiervan een belangrijk, zo niet het belangrijkste, onderdeel. Zo'n 75% van de jongeren die in zorg komen bij IBC Jeugd heeft ernstige problemen in de schoolgang. Samenwerking met onderwijsinstellingen heeft dan ook per definitie prioriteit en wordt school gezien als een samenwerkingspartner, waarmee intensief wordt samengewerkt. Daarnaast spelen andere sociaal-maatschappelijke activiteiten, zoals sportclub, vrienden, geloofsgemeenschap, etc. ook een belangrijke rol.

Ook is een goede samenwerking met netwerkpartners essentieel. Daarbij wordt in eerste instantie gedacht aan samenwerking met de gemeente, in de praktijk het sociaal wijkteam. Zij zijn niet alleen financier, maar kunnen ook in de breedte van de gemeentelijk zorg meedenken over oplossingen, denk aan het beschikbaar maken van bijzondere budgetten, huisvesting, versnelling van doorplaatsprocedures. Daarnaast gaat het om samenwerking binnen Karakter (met andere afdelingen en zorglijnen), maar ook om samenwerking met collega GGZ-zorgaanbieders, ziekenhuizen of andere zorgverleners. Zodoende wordt geïnvesteerd in het opzetten van een ondersteunend netwerk rondom de jongere om te komen tot een beter dagelijks functioneren.

Om verbetering bij de jongere te realiseren zijn we dus afhankelijk van samenwerking met het gezin en andere partners in de omgeving van de jongere. Zo kan continuïteit van zorg geboden worden en kan een jongere doorstromen naar passende zorg, wanneer de geboden behandeling bij IBC Jeugd wordt afgerond. Andersom kunnen jongeren naar IBC Jeugd worden verwezen wanneer dit passend is. Onze samenwerkingspartners zijn zelfstandige organisaties, instellingen en/of zorgaanbieders. Diversiteit aan samenwerkingspartners is van belang, zodat er voldoende toegang is tot verschillende soorten hulp.

Vanuit IBC Jeugd wordt geïnvesteerd in samenwerkingen met jongerenverenigingen en met name met organisaties in ervaringsdeskundigheid. Karakter

heeft op dat front gekozen voor een samenwerkingsverband met Ixta Noa. Deze organisatie ondersteunt de inzet van jongeren en ouders die een rol willen vervullen als ervaringsdeskundige. Zodoende kunnen jongere en/of hun ouders een rol als ervaringsdeskundige innemen naar andere jongeren en/of hun ouders toe. Ook leert de ervaring dat onze jongeren en/of hun ouder(s)/verzorger(s) regelmatig de ambassadeursrol innemen naar andere organisaties.

Procesmatige werkwijze

IBC Jeugd kent een procesmatige werkwijze. Een procesmatige werkwijze heeft als doel niet alleen resultaat te bereiken, maar ook de kwaliteit hiervan te kunnen toetsen. Alle door het IBC Jeugd uitgevoerde activiteiten worden op zo efficiënt en effectieve mogelijke wijze ingezet. Ze dragen bij aan het tot stand komen van het resultaat. Iedere medewerker van het IBC Jeugd heeft een belangrijke taak binnen het proces, die logisch is en aansluit op de taken van anderen. Het proces krijgt daarmee structuur. Bij procesmatig werken is het van belang dat doelen en verantwoordelijkheden duidelijk gesteld zijn. Het gezin moet weten waar men aan toe is en wat men van de medewerker mag verwachten, anderzijds is het de medewerker die hier duidelijk over moet communiceren en verwachtingen van het gezin realistisch moet houden.

Hiermee is het dus belangrijk om enkele principes expliciet te benoemen:

- *Behandeldoelen en daarbij behorende behandelresultaten dienen helder geformuleerd te worden.* In de onrust van terugkerende crises binnen gezinnen kan de aandacht snel gericht worden op de onrust van het moment, want 'daar moet wat gebeuren'. Het is daarbij belangrijk om niet het overzicht te verliezen en te blijven focussen op de overkoepelende doelen die aan het begin van de behandeling gesteld zijn.
- *Er dient een duidelijke rolverdeling te bestaan.* Het dient voldoende helder te zijn voor medewerkers wie welke taken en verantwoordelijkheden in zijn pakket heeft. IBC Jeugd streeft ernaar dit steeds zo helder mogelijk, maar ook zo werkzaam mogelijk te formuleren.
- *Verwachtingen over en weer worden helder besproken.* Jongeren met complexe psychiatrische problematiek worden in crisis bij IBC Jeugd aangemeld. In deze crisis zijn er vaak meningsverschillen over hoe de problematiek het beste aan te pakken. Deze meningsverschillen bestaan er dan ook vaak in relatie tot de behandeling die IBC Jeugd voor ogen heeft. Dit betekent dat er binnen IBC Jeugd vanaf het begin tot en met het einde aandacht moet zijn voor het over en weer bespreken van verwachtingen. Verwachtingen rondom de vorm van behandeling, de inzet van eenieder en de resultaten bij afronding van de behandeling. Ook dient er aandacht te zijn voor onderwerpen die *niet* in de

behandeling aan bod zullen of kunnen komen, of waar IBC Jeugd *geen* verantwoordelijkheid voor draagt.

- *Er zijn regelmatig evaluatiemomenten met jongere en ouders.* Gedurende behandeling wordt regelmatig geëvalueerd hoe deze verloopt, of het zorgaanbod tegemoetkomt aan de verwachting, vertrouwen wekt en in hoeverre de gewenste behandelresultaten behaald worden. Waar nodig kunnen dan interventies, doelen en/of te behalen resultaten bijgesteld worden. Het gaat hierbij ook over de samenwerking tussen gezin en IBC Jeugd met als doel deze verder te verbeteren.
- *Er wordt gebruik gemaakt van een moreel beraad.* Bij een moreel beraad wordt onder leiding van een daartoe opgeleide gespreksleider, op ethische gronden, gezamenlijk met een kritische blik gekeken naar de geboden behandeling. Afhankelijk van de situatie wordt zorgvuldig afgewogen welke vorm dit beraad heeft, wel of niet in bijzijn van ouders plaats zal vinden en wie worden uitgenodigd. Altijd zal er met ouders in gesprek worden gegaan en zullen zij geïnformeerd worden dat er een Moreel Beraad plaats vindt (indien zij niet zelf deelnemen).
- *Er vindt een zorgvuldige afsluiting en overdracht plaats.* Overdrachtsmomenten zijn risicovolle momenten voor complicaties, vanwege het verlies aan informatie. Daarbij komt dat niet alle jongeren baat hebben bij het zorgaanbod van IBC Jeugd. Bij deze groep, waar geen of nauwelijks verbetering is opgetreden, maar ook bij die jongeren waarbij een duidelijke verbetering is opgetreden, is de situatie nog steeds zo fragiel dat een direct en goed aansluitend vervolg nodig is. Daarom wordt veel zorg besteed aan de beoordeling van risicofactoren die een rol spelen bij overdracht naar andere zorgverleners (zowel binnen als buiten Karakter), om zodoende het proces van overdracht zo veilig en soepel mogelijk te laten verlopen.
- *Er vindt een evaluatie achteraf plaats.* Hoewel met gezinnen dagelijks tot maandelijks geëvalueerd wordt hoe de behandeling verloopt en verlopen is, vindt er na afsluiting van behandeling ook steeds een zn. casusevaluatie plaats. Daarbij zal het casusteam (dus alleen de direct betrokken behandelaren) de afgelopen behandelperiode evalueren. Hierin wordt expliciet aandacht besteed aan het eigen functioneren van de medewerkers.
- *Er vindt intercollegiale toetsing, werkoverleg en intervisie plaats.* Daarin gaat het niet enkele om inhoudelijk technische processen, maar ook samenwerkingsprocessen (ook met ouders) en eventuele parallel processen.

1.6 Veiligheid

Veiligheid is een belangrijk thema voor de IBC Jeugd, omdat de veiligheid voor de jongeren thuis niet meer voldoende gewaarborgd kan worden. Daarin speelt vaak suicidaliteit en/of agressie een rol waarvoor specifieke interventies gehanteerd

worden (zie de hoofdstukken IHT Jeugd en HIC Jeugd). Het bieden van veiligheid richt zich echter niet alleen op het bieden van fysieke bescherming aan de jongere. Het bieden van een veilige omgeving betekent ook dat er een goede afstemming moet zijn met andere maatschappelijke hulpverleningsorganisaties (zoals bijv. politie, regionale crisisdienst en huisartsenpost). Het betekent ook, dat er binnen IBC Jeugd een omgeving is waar fysieke en emotionele veiligheid voor medewerkers en ouders gewaarborgd is. En dat behandeling eveneens binnen veilige kaders geboden kan worden.

Veiligheid voor de jongere en het gezin

IBC Jeugd neemt de kracht van het (gezins-)systeem als uitgangspunt. Dat houdt o.a. in dat bij internaliserende en/of externaliserende agressie, hulpverleners met het gezin analyseren hoe deze ontstaat en hoe het gezin hier eerder grip op krijgt. Ouders en jongere krijgen binnen IBC Jeugd een belangrijke rol toebedeeld in het (leren) signaleren en hanteren van agressie. Daarbij is het belangrijk om goedgekozen technieken en methodieken, passend bij de-escalerend werken, te gebruiken.

IBC Jeugd heeft als uitgangspunt dat agressie niet geaccepteerd wordt. Of de agressie nu binnen het gezin is, naar de jongere, naar hulpverleners, naar objecten of van de jongere naar zichzelf. Dan is het van belang dat agressie onderwerp van gesprek is om op een andere manier met gevoelens of frustraties om te gaan.

Middelen en maatregelen

Op de HIC Jeugd wordt fixatie (vastpakken en/of vasthouden) en insluiting zo min mogelijk toegepast. Het uitgangspunt is dat dit zo kort als mogelijk en zo lang als nodig duurt. Daarnaast wordt een jongere niet eenzaam ingesloten en heeft de jongere binnen deze ruimte zoveel mogelijk eigen regie. Met deze uitgangspunten wordt een jongere gestimuleerd om zo snel mogelijk zelf de controle terug te krijgen en uit de crisis te komen. Insluiting wordt alleen toegepast bij agressie van (levens-) gevaarlijke aard voor de jongere zelf, andere mensen en/of materiaal. Enkel waar vroeger de-escalerende interventies en fysiek ingrijpen onvoldoende helpend waren.

Soms komt het voor dat agressie een dermate ernstige en persisterende vorm aanneemt, dat deze met de deskundigheid van IBC Jeugd en de wettelijke kaders toch niet voldoende te hanteren is. In dat geval kan de politie gevraagd worden voor assistentie.

Medicatie

Daar waar nodig wordt medicamenteuze behandeling ingezet. Denk daarbij m.n. aan psychotische en manische toestandsbeelden. Omdat deze toestandsbeelden echter beperkt voorkomen binnen IBC Jeugd (5-10% van de problematiek), wordt binnen IBC Jeugd het voorschrijven en het gebruik van medicatie zoveel mogelijk beperkt. We gaan uit van de zelfredzaamheid van de jongere en zijn systeem, en van de kracht die zij bezitten om hun moeilijkheden te boven te komen. Dit wordt bereikt door aanwezige gezonde vaardigheden te versterken en nieuwe vaardigheden aan te leren. Door op deze manier te werken, lukt het de jongere en zijn systeem meer zelfstandig en autonoom om te gaan met situaties met veel emoties en spanning. Wanneer een jongere medicatie gebruikt is dit een extern hulpmiddel om spanning te reguleren en/of met de moeilijkheden van het leven om te gaan. Voor de toekomst is het meer helpend als de jongere leert om te vertrouwen op eigen vaardigheden in plaats van te vertrouwen op medicatie.

Veiligheid in de maatschappij

IBC Jeugd werkt voornamelijk in de maatschappij bij mensen thuis. Daarnaast komen de medewerkers ook veelvuldig in aanraking met onder andere scholen en sportverenigingen. Waar voorheen veel jongeren werden opgenomen op een gesloten afdeling waar de omgeving beheersbaar was, zijn veel van deze jongeren (en dus gezin) thuis in de maatschappij.

Veiligheid is hier op het eerste oog minder makkelijk maakbaar. Toch is hier veel aandacht voor. Veiligheid wordt vergroot door een netwerk om een gezin te creëren bestaande uit familie, vrienden, gemeente waar bij hoog gevaar ook andere instanties betrokken kunnen worden. Enkele voorbeelden zijn afstemming met politie, regionale crisisdienst en de huisartsenpost. De landelijke meldcode worden ook gehanteerd om de veiligheid van ieder gezinslid te vergroten.

Veiligheid voor de medewerker

Veiligheid bieden aan een systeem kan alleen als de medewerker ook veilig is. Hierbij kan gedacht worden aan een veilige werkomgeving en een veilige leeromgeving. Door te werken aan kwaliteitsverhoging wordt de veiligheid verder verstrekt.

Er wordt op meerdere vlakken geïnvesteerd om de veiligheid voor de medewerker, en in het verlengende het gezin, te vergroten:

- Wekelijkse afstemming tussen hulpverleners
- Werkoverleg en intervisie
- Incidenten-analyse
- Kwaliteit, Innovatie en deskundigheidbevordering

- Beleidsvergadering
- Inspectie van gezondheidszorg en audits

De landelijke richtlijnen omtrent veiligheid worden gevolgd op de afdeling, zoals kindermishandeling, seksueel misbruik en voor suïciderisico. Ook wordt er samen-
gewerkt met Veilig Thuis waar nodig.

1.7 Conclusie

IBC Jeugd richt zich op jongeren met ernstige psychiatrische problematiek en hun ouders die in crisissituaties geraakt zijn. IBC Jeugd biedt kortdurende klinische crisisinterventie (HIC Jeugd) en intensieve behandeling in de thuissituatie (IHT Jeugd). IBC Jeugd werkt vanuit een biopsychosociaal model, waarbij een sterke nadruk wordt gelegd op vroege ontwikkelingsprocessen (hechting, emotieregulatie, morele ontwikkeling) en daaraan gekoppeld de binnen het gezin ontstane dysfunctionele interactiepatronen. Behandeling is dan ook gericht op herstel van vertrouwen en communicatie, acceptatie en empowerment binnen het gezin. Dit zijn belangrijke dimensies om een veilige basis te creëren voor (al dan niet) verdere hulpverlening in de toekomst. De basisattitude wordt vormgegeven vanuit een perspectief, gebaseerd op oplossingsgerichte therapie-principes. Van daaruit wordt structureel aandacht besteed aan thema's zoals samenwerking met externe organisaties en veiligheid.

Hoofdstuk 2: Intensive Home Treatment Jeugd

Suzan Besselink
Henny Fortuin
Eline Geerlings
Corien Meijer
Marina van Putten
Wil Watzeels

Beter worden doe je thuis

Inleiding

Intensive Home Treatment (IHT) vindt haar oorsprong in de jaren '90 van de vorige eeuw bij de Crisis Resolution & Home Treatment in Engeland, als antwoord op de toenemende vraag naar beddencapaciteit voor mensen met een met een psychiatrische stoornis (Johnson & Needle, 2008), maar is in Nederland bekend geworden onder de naam IHT (Brimblecombe, 2001). IHT biedt geen vast behandelprotocol, maar omvat (a) crisisinterventie; (b) in de thuissituatie, met actieve betrokkenheid van naasten; (c) opname-vervangende behandeling, dus 24/7 bereikbaarheid en ondersteuning en (d) consistente zorg door één team. IHT is in 2010 in Nederland, in de volwassen sector geïntroduceerd (Prinsen, van Wel, Mulder, & de Koning, 2016). Uit onderzoek en ervaring blijkt, dat het behandelen in de eigen omgeving meer effect heeft dan een klassieke opname in een kliniek (Van Velthuisen et al., 2012). In 2011 is IBC Jeugd gestart met de ontwikkeling van IHT Jeugd, waarbij het belangrijkste verschil met IHT voor volwassenen ligt in de duur van het behandelaanbod. IHT Jeugd biedt, in plaats van 6 weken, 4 maanden behandeling in de thuissituatie. Hiervoor is gekozen omdat er veel aandacht uitgaat naar gedragsverandering binnen het gezin. In dit hoofdstuk zullen we uitleggen wat de theoretische achtergrond is, hoe het traject verloopt en wie hier op welke wijze allemaal bij betrokken zijn.

2.1 Hoe brengt IHT Jeugd de visie in de praktijk

IHT Jeugd richt zich op herstel van vertrouwen, communicatie en hiërarchie binnen het gezin. Dit betekent dat alles wat individueel wordt gedaan of besproken met de jongere, is ook systemisch gekoppeld aan ouders. Dit betekent dat er een systemische context nodig is om IHT Jeugd als behandeling in te zetten. Niet de

geïdentificeerde patiënt wordt behandeld, maar de jongere als lid van het gezinssysteem. Het IHT Jeugd-traject maakt de jongere niet beter, maar kan ondersteunen in het samen vinden van oplossingen om de kwaliteit van (samen) leven te verbeteren. IHT Jeugd neemt de zorg voor wonen en opvoeding niet over, ouders/opvoeders behouden hun plichten en verantwoordelijkheden. IHT Jeugd kan ingezet worden wanneer er een dreigende uithuisplaatsing nadert. Dat kan vanuit een acute crisis maar ook vanwege een al langdurig bestaande crisis (spoed) die maar niet over gaat. Veelal heeft het gezin al verschillende hulpvormen gehad en was er tot nu toe nog onvoldoende effect. Draagkracht en draaglast zijn niet meer in evenwicht. IHT Jeugd kan ook ingezet worden direct aansluitend op een opname vanuit de HIC Jeugd.

Criteria voor reguliere aanmelding:

- De leeftijd van de jongere is bij aanmelding >11 jaar en <18 jaar; Beargumenteerde uitzondering naar beneden / boven is mogelijk;
- Er is sprake van gediagnosticeerde psychiatrische problematiek of op z'n minst een sterk vermoeden daarvan;
- Er is sprake van ernstig lijden van de jongere en/of diens omgeving;
- Er is sprake van ernstige beperking dan wel ontregeling in het functioneren binnen minimaal 2 van de 3 milieus; het primaire steunsysteem, de school en sociale omgeving;
- In interactie met de psychiatrische problematiek is sprake van ernstige stagnatie van ontwikkelingstaken bij de jongere;
- Bij ouders / opvoeders is sprake van stagnatie in het vervullen van opvoedingstaken;
- In het gezin is al eerdere hulpverlening geboden en onvoldoende succesvol geweest of de hypothese is dat een lichtere ondersteuning ontoereikend is.

Criteria voor spoedaanmelding:

- Spoedaanmelding IHT Jeugd: Er is sprake van een aantoonbaar risico, of ernstig vermoeden daarvan, dat de jongere zichzelf van het leven zal beroven of ernstige schade zal toebrengen;
- Er is sprake van een risicovolle situatie met incidenten waarbij politie en/of crisisdienst betrokken is geweest, maar geen positieve beoordeling voor dwangbehandeling is afgegeven;
- Er is binnen het kader van de Wet Verplichte Geestelijke Gezondheidszorg (Wvggz) een crisismaatregel of een zorgmachtiging afgegeven; hierbij geldt in principe een start op de High & Intensive Care (HIC) Jeugd.

Algemeen:

- Er is sprake van een erkende verwijzer:
 - o arts, bijv. huisarts, kinderarts of kinder- en jeugdpsychiater
 - o collega GGZ-organisaties
 - o gemeentelijke sociale wijkteams
- Gezaghebbende ouders geven toestemming voor IHT-behandeling (<16 jaar) of kunnen hier tot op zekere hoogte mee instemmen (≥16 jaar);
- Er is sprake van een gezinssituatie, dan wel vervangende gezinssituatie (pleeggezin, gezinshuis) of het vooruitzicht hierop kan kort na de start gerealiseerd worden;
- IHT Jeugd vanuit Karakter Universitair Cluster (UC) kan geboden worden aan jongeren woonachtig in gemeenten van een aantal jeugdzorgregio's. Andere Karakter-locaties hebben contracten met overige gemeenten. De regio's waar Karakter UC zorg aan biedt zijn:
 - o Centraal Gelderland m.u.v. gemeente Wageningen
 - o Rijk van Nijmegen + gemeente Wijchen
 - o Achterhoek
 - o Rivierenland m.u.v. gemeente Zaltbommel
 - o NO-Brabant
 - o N-Limburg
 - o Enkele noordelijke randgemeenten ZO-Brabant

Samenwerking:

- Inzet IHT Jeugd is altijd op basis van vrijwilligheid. Ouders en jongere moeten beiden mee willen werken. Inzet van IHT Jeugd vraagt om bereidheid tot verandering / beweging bij de jongere en het gezinssysteem;
- Bereidheid tot conformeren aan behandeltraject zoals beschreven in het inhoudelijk methodisch proces;
- Beschikbaarheid ouders en praktische uitvoerbaarheid in de thuissituatie (minimaal 2 huisbezoeken/week moeten mogelijk zijn, in de startfase zijn 4-5 huisbezoeken/week geen uitzondering);
- Aanwezigheid ouders en jongere bij intake, startgesprek en behandelplan-evaluaties op de Karakterlocatie;
- Bereidheid tot (verkenning) samenwerking met:
 - o Onderwijsinstelling van de jongere
 - o Verwijzer / lokaal gemeentelijk sociaal team
 - o Eigen sociaal netwerk
 - o Professionele netwerkpartners
- Erkenning voor algemene omgangsvormen m.b.t. de professionele samenwerkingsrelatie.

Bereidheid om disclaimers te accepteren:

- Niet: 'wij maken de jongere beter', maar 'wij kunnen ondersteunen in het samen vinden van oplossingen om de kwaliteit van (samen)leven te verbeteren';
- Niet: 'wij behandelen de geïdentificeerde patiënt', maar 'wij behandelen de jongere als lid van het gezinssysteem';
- IHT Jeugd neemt de zorg voor wonen en opvoeding niet over, ouders/opvoeders behouden hun plichten en verantwoordelijkheden;
- IBC Jeugd biedt geen vrijwillige opnames / klinische interventies voor langer dan ca. 1 week.

Een eventuele indicatie en akkoord voor vrijwillige opname kan alleen door IBC Jeugd zelf afgegeven worden.

2.2 pre-IHT Jeugd

Vaker is geconstateerd dat, als de jongere niet of onvoldoende gemotiveerd is, geen hulpvraag heeft, of niet aanwezig is bij de intake van IHT Jeugd, de intensieve thuisbehandeling onvoldoende resultaat geeft. Er is bij alle aangemelde gezinnen echter doorgaans wel sprake van een ervaren crisissituatie, ongeacht de motivatie van de jongere. Geregeld wordt daarom vanuit IBC Jeugd een maand op 'proef', ofwel 'pre-IHT' aangeboden om te kijken of we toch tot een werkrelatie kunnen komen, een hulpvraag kunnen formuleren en te onderzoeken of IHT Jeugd het juiste aanbod is.

Wanneer is er sprake van pre-IHT Jeugd?

- Wanneer de jongeren of de ouders onvoldoende gemotiveerd zijn;
- Wanneer de jongere niet aanwezig is bij het intakegesprek of startgesprek op de Karakterlocatie;
- Wanneer het niet zeker is of IHT Jeugd de juiste interventie zal zijn (bijv. wanneer gedragsproblematiek te nadrukkelijk op de voorgrond staat).

Doel van pre-IHT Jeugd:

Het verkrijgen van een werkrelatie met de jongere / het gezinssysteem en verhelderen van de hulpvraag. Komen tot gezamenlijk gedragen behandeldoelen en –resultaten voor de IHT Jeugd-periode. Meer zicht te krijgen of de behandeling vanuit IHT Jeugd de juiste indicatie is of dat doorverwezen moet worden naar andere hulpverlening.

Wat kunnen gezinnen verwachten in deze maand aan interventies?

- Tijdens de afgesproken periode van het pre-IHT Jeugd-traject worden door gezinsbehandelaren binnen het gezin, gespreks- en motiveringstechnieken ingezet om tot een werkzame werkrelatie te komen;
- De inzet van een ervaringsdeskundige die met het gezin in contact gebracht kan worden gebracht en ondersteunend kan zijn;
- Het opstellen van een competentie- en netwerkanalyse draagt bij aan het in beeld krijgen van competenties en vaardigheden van de jongere en het gezin. Een netwerkanalyse kan in beeld brengen hoe de jongere c.q. het gezin een steunsysteem kan opbouwen;
- Indien nodig wordt er een veiligheidsplan samen met jongere en het gezin gemaakt.

Mocht er aan het eind van de maand nog geen direct contact met de jongere geweest zijn, maar is er wel een werkrelatie met ouders opgebouwd die al tot vermindering van klachten heeft geleid, dan kan ervoor gekozen worden om de IHT Jeugdbehandeling te indiceren en het verdere traject in te zetten op aanleren van vaardigheden van ouders.

Voorbeeld doelen voor pre-IHT Jeugd:

- De jongere / het gezin is in staat om bij huisbezoeken in contact te gaan met gezinsbehandelaren;
- De jongere/ het gezin heeft duidelijk wat men wil bereiken aan het eind van IHT Jeugd-traject;
- Tijdens het pre-IHT Jeugd-traject is aantoonbare inzet aanwezig van jongere en gezin;
- Het is duidelijk of IHT Jeugd de juiste hulpverlening kan bieden, zo niet welke andere vorm van hulpverlening passend is.

De pre-IHT Jeugd-periode wordt afgesloten met een evaluatie op doelen, waarbij besloten wordt om wel of niet te starten met IHT Jeugd. Aansluitend zullen definitieve lange termijn doelen opgesteld worden voor de duur van een regulier IHT Jeugd-traject van 4 maanden. Als de pré-IHT Jeugd doelen niet behaald zijn zal afgesloten worden en in de eindbrief vermeld staan wat de reden is dat het traject niet gaat starten. Daarnaast zal er ook altijd een advies voor vervolghulpverlening in de eindbrief vermeld staan.

Contra-indicatie voor IHT Jeugd:

- Wanneer er sprake is van ernstige gedragsproblematiek en deze leidend is;
- Wanneer de verslavingsproblematiek leidend is;

- Wanneer er geen sprake is van een gezinssituatie en er niet op korte termijn sprake is van een terugkeer naar huis en/of pleeggezin/gezinshuis;
- Wanneer het totale IQ < 80;
- Wanneer er sprake is van een zeer onveilige setting voor medewerkers.

2.3 Team IHT Jeugd

Het IBC Jeugd team is één team, ruwweg verdeeld over een ambulant deel (IHT Jeugd) en een klinisch deel (HIC Jeugd), aangestuurd door een duaal management-koppel (manager behandelmaken en manager bedrijfsvoering). Er wordt nadrukkelijk gesproken over één team, weliswaar met voor ieder een eigen aandachtsgebied, maar ook flexibel inzetbaar daar waar nodig. Sociotherapeuten, verpleegkundigen en gezinsbehandelaren vormen met ca. 40 medewerkers verreweg de grootste groep. Deze groep medewerkers werkt samen met een team van (GZ-)psychologen in de functie van coördinerend behandelaar en een team van kinder- en jeugdpsychiaters in de rol van regiebehandelaar. Systeemtherapeuten en een verpleegkundig specialist completeren het team. Naast het vaste team biedt IBC Jeugd ook jaarlijks zo'n vijf opleidingsplekken, te weten arts in opleiding tot specialist, stagiaire HBO Verpleegkundigen en verpleegkundig specialist in opleiding. Voor een uitgebreide beschrijving van disciplines en hun functie IBC Jeugd verwijzen wij naar Appendix 2.

Het casusteam

Een IHT Jeugdteam dat betrokken is bij een gezin noemen we het casusteam. Dit is multidisciplinair samengesteld en bestaat uit vier medewerkers die continu betrokken zijn bij het gezin betrokken:

- 2 gezinsbehandelaren,
- 1 coördinerend behandelaar (GZ-psycholoog),
- 1 regiebehandelaar (kinder- en jeugdpsychiater).

Dit casusteam is binnen het gehele proces samen verantwoordelijk voor het verloop van het traject en zijn samen beleidsbepalend. De regiebehandelaar is officieel eindverantwoordelijk, in nauwe samenwerking met de coördinerend behandelaar en de gezinsbehandelaren.

Het traject duurt 4 maanden en wordt iedere maand geëvalueerd met ouders, de jongere, (minstens een van) de gezinsbehandelaren, de coördinerend behandelaar en in principe twee van de vier evaluaties met de regiebehandelaar. Op het moment dat een gezin gebruik maakt van de HIC Jeugd telefonisch of in de vorm van een opname, vindt er directe afstemming plaats tussen de sociotherapeuten van de HIC Jeugd en de gezinsbehandelaren.

2.4 Verschillende overlegvormen binnen IBC Jeugd - IHT

Afstemoverleg

Wekelijks is er een afstemoverleg waarbij de coördinerend behandelaren, systeemtherapeuten, verpleegkundige specialist en de regiebehandelaren, ook vanuit de HIC Jeugd, aanwezig zijn. Ook is altijd een medewerkster van het secretariaat aanwezig, die ervoor zorgt dat de informatie uit het afstemoverleg wordt vastgelegd. Het afstemoverleg heeft een signalerende functie en is bedoeld om met elkaar na te denken over in te zetten acties, elkaar gevraagd en ongevraagd feedback geven, en collegiale waarneming waar nodig. Alle lopende casuïstiek wordt kort doorgenomen. Ook wordt de wachtlijst doorgenomen, waarbij mogelijk meer inhoudelijke toelichting wordt gegeven maar ook verwachtingsmanagement plaatsvindt over inschatting van urgentie/crisisgevoeligheid, wachttijden, etc. Er wordt gewerkt met verschillende kleurcodes om de aard/ernst van de problematiek aan te geven:

- Oranje: dreigende crisis of verhoogd risico op afstemmingsproblemen;
- Rood: verhoogd risico rondom veiligheid en/of actueel hoog crisisniveau;
- Blauw: ernstige somatische problematiek.

Werkoverleggen

Gemiddeld wordt er om de 3-4 weken een werkoverleg ingepland, om onderling af te stemmen en eventuele knelpunten te bespreken. De gezinsbehandelaren kunnen altijd per direct of op afspraak een werkoverleg aanvragen met de coördinerend behandelaar en regie behandelaar, andersom kan dit ook. In de avonden kan een beroep gedaan worden op collegiale consultatie bij collega's van de HIC Jeugd of via de voor- en achterwacht (dienstdoende artsen) van Karakter. Werkoverleg vindt ook veelvuldig plaats tussen gezinsbehandelaren onderling. Uitgangspunt is dat collega's elkaar zowel binnen als buiten het casusteam snel en laagdrempelig met elkaar in contact kunnen komen.

Teambesprekingen

Het hele IBC Jeugdteam treft elkaar twee keer per maand bij vergaderingen. De ene keer is dat voor een inhoudelijk overleg (Kwaliteit, Innovatie en Deskundigheidsbevordering; KID) waarin er met elkaar een inhoudelijk onderwerp wordt besproken, geoefend of gepresenteerd. De andere keer betreft het een beleidsvergadering, onder voorzitterschap van het management van IBC Jeugd. Beide bijeenkomsten zijn bedoeld om samen aandacht te hebben voor ontwikkelingen, te oefenen met nieuwe opgedane kennis of al bestaande kennis weer op te frissen. Ook is het een belangrijk moment om met elkaar in contact te blijven, zowel om de collegiale band te behouden, maar ook om samen het IBC

Jeugdproduct te blijven dragen als team. Een belangrijk terugkerend item is het delen van successen binnen het team, aan de ander kant biedt het ook een moment om lief en leed binnen het team in gezamenlijkheid te delen.

Voor het team van coördinerende behandelaren, regie-behandelaren, systeem-therapeuten en verpleegkundig specialist is er maandelijks het overleg 'ontwikkelingen IBC Jeugd', ook onder voorzitterschap van het management. Het doel van dit overleg is om onderling te onderzoeken of alle reeds beschikbare documenten nog voldoen of ergens moeten worden aangescherpt/aangepast, evenals nieuwe besluiten en ontwikkelingen met elkaar te bespreken. Concrete thema's zijn bijv. de samenwerking tussen HIC Jeugd en IHT Jeugd, dossiervoering, gebruik van veiligheidsplannen, etc. Vanuit dit overleg worden concrete actiepunten afgesproken en verdeeld.

De coördinerend behandelaren hebben wekelijks een intercollegiaal overleg waar zij elkaar onder andere consulteren op inhoudelijk casuïstiek.

Gezien de intensiteit en de flexibiliteit die deze vorm van hulpverlening vraagt van de medewerkers, is continuïteit in afstemming zeer belangrijk. De lijnen zijn kort om een goede onderlinge samenwerking te borgen; gezinsbehandelaren hebben onderling veel telefonisch contact tussen afspraken door. Ook is de lijn naar de coördinerend behandelaar en de regiebehandelaar vice versa kort.

Behoudens de formele momenten van contact en verbinding, wordt er binnen IBC Jeugd ook veel aandacht besteed aan de teamcultuur en daarbij de meer informele verbinding en contact tussen de collega's. Naast het elkaar regelmatig treffen bij vergaderingen en werkoverleg, vindt een ieder het belangrijk om gelegenheden te creëren om elkaar ook in andere context te treffen. Zo vindt er jaarlijks een teamdag plaats, wordt er ieder kwartaal een borrel georganiseerd, wordt er gebruik gemaakt van een Whatsapp-groep om (niet casus gerelateerde) zaken met elkaar te delen en wordt er bij vergaderingen altijd stilgestaan bij relevante zaken zoals een jubileum o.i.d. De visie is dat deze verbinding binnen het team bijdraagt aan werkplezier, vertrouwen hebben in collega's en je samen verantwoordelijk voelen voor een veilige en prettige werksfeer. Op deze wijze wordt getracht een veilig klimaat te bieden waarin eenieder elkaar feedback kan en durft te geven.

2.5 Theoretische achtergrond en werkwijze IHT Jeugd

Zoals eerder genoemd heeft IHT zijn grondslag in de volwassenenpsychiatrie. IHT Jeugd is doorontwikkeld op deze basis, waarbij o.a. de methodiek *Gezin Centraal* (Bolt, 2017). Deze stoelt op twee pijlers: vraaggericht en gezinsgericht werken. Daarnaast is veel inspiratie opgedaan bij een werkbezoek aan het psychiatrisch ziekenhuis Barn- och Ungdom psykiatri i Värmland te Karlstad (Zweden). De werkwijze heeft als werkzaam voorbeeld gediend (Den Teuling, 2011).

In dit hoofdstuk worden de belangrijkste theorieën die ten grondslag liggen aan IHT Jeugd en ook aan ambulante gezinshulpverlening in het algemeen, genoemd (Bolt, 2017). Graag verwijzen we hierbij ook terug naar hoofdstuk 1, waar de visie op de problematiek en de onderliggende behandelvisie uitgebreid beschreven staan. In het huidige hoofdstuk wordt de onderliggende visie verder geoperationaliseerd.

Belangrijk zijn de volgende theorieën:

- *De oplossingsgerichte benadering*

Het oplossingsgerichte werken staat bovenaan omdat dit gezien wordt als een methodische uitwerking van het denken in vraaggerichtheid en positieve psychologie. Deze heeft weer betrekking op de attitude van de gezinsbehandelaar en de visie op jongeren en het gezinssysteem

- *De systeemtheorie en de contextuele benadering*

Voor het gezinsgerichte werken is het kijken naar gezinnen vanuit de systeemtheorie en de contextuele benadering de leidraad. Met name gaat de aandacht uit naar herstel van vertrouwen en communicatie binnen het gezin.

- *De leertheorie (gedragstheorie)*

Deze biedt een belangrijke basis voor het denken over hoe onderlinge interacties helpend (belonend m.b.t. gewenst gedrag) of tegenwerkend (belonend m.b.t. ongewenst gedrag) kunnen zijn.

- *De competentievergroting*

Het competentiemodel biedt technieken en middelen aan om de gezinsleden te helpen hun vaardigheden te ontdekken en te versterken, wat ook weer een kernaspect is van het vraaggerichte werken.

- *Theorieën met betrekking tot communicatie*

De communicatietheorie draagt bij aan de contactprincipes in de gezinnen, waarbij ook het systeemgericht denken over de verschillende interacties in een gezin van toepassing is.

Het gezin staat centraal

Gezinnen staan centraal binnen IHT Jeugd, ouders worden als belangrijke beïnvloedende factor van het gedrag van de jongere gezien. Het werken met een gezin is gericht op basis van gelijkwaardige samenwerking en op het versterken van eigen kracht. Dit is de basis gebaseerd op 5 werkzame elementen van effectieve hulp aan gezinnen met ernstige problemen (Bolt, 2017; Holwerda, Jansen, & Reijneveld, 2014):

- Professionals overleggen altijd met de gezinsleden en niet over hen.
- Het gezin is eigenaar en opsteller van het behandelplan. Hun doelen zijn leidend.
- Gezinsleden beslissen mee over de in te zetten hulp en zorg.
- Professionals steunen het gezin om steun uit het sociale netwerk te mobiliseren ten behoeve van de behandeling.
- Professionals leggen de focus op competenties, krachten en successen van gezinsleden en hun context.
- Professionals werken intensief samen met het professionele netwerk rondom een gezin (onderwijsinstellingen, gemeenten, politie, leerplicht, reclassering, etc.). Dit met het doel een zo volledig mogelijke aanpak van de problemen te realiseren. Uit ervaring wijs geworden weten we dat een probleem doorgaans niet op zichzelf staat. Een zin die passend is bij de visie van IHT Jeugd is dan ook 'It takes a village to raise a child!'

De interventies binnen de IHT Jeugd hebben betrekking op het complete gezinssysteem en de omgeving waarin het gezin zich beweegt. Dit betekent dat er van de IHT Jeugd-behandelaren verwacht wordt dat ze het gezin van de jongere en zijn gehele omgeving (familie, vrienden, school, buurt) kunnen begrijpen, analyseren en erin kunnen interveniëren. Hieronder worden de meest belangrijke hulpmiddelen/punten/strategieën waarop de interventies binnen het gezin plaatsvinden genoemd.

Basisattitude

Binnen de gezinshulpverlening is het casusteam continu bezig om met het gezin te zoeken naar mogelijkheden en het gezin mee te krijgen in de veranderingen die nodig lijken. Hiervoor is een gepaste basisattitude van de gezinsbehandelaar essentieel voor het 'betrokken krijgen' van het gezin om nieuwe stappen te zetten. Wanneer een gezin hulp vraagt wordt vaak ook het gevoel van falen, kwetsbaarheid en wantrouwen aangeraakt bij de gezinsleden. Dit kan leiden tot een verminderde engagement/commitment met betrekking tot de behandeling. Kortom, het is een continue balans zoeken tussen inhoud (problemen, doelen, werkpunten etc.) en het proces (de relatie met de gezinsleden), met het doel dat er een relatie met het

gezin bestaat waarin de gezinsleden actief hulpbronnen zoeken en toepassen. Binnen de oplossingsgerichte benadering wordt dit een co-expert relatie of een klant-typische relatie genoemd (De Haan & Bannink, 2017).

De gezinsbehandelaar is gericht op dat wat positief verloopt en gebruikt de sterke kanten van de systemen voor verandering. De gezinsbehandelaar praat in termen en mogelijkheden en hoop waarbij de interventies gericht zijn op het versterken wat een gezin al goed kan en het vaardigheden oefenen die realistisch zijn en tot succes leiden. Ook is de netwerkanalyse van groot belang, om samen met het gezin in kaart te brengen hoe het steunsysteem van het gezin eruitziet en hoe deze zo optimaal mogelijk in te zetten waar nodig.

De basishouding en vaardigheden die de IHT Jeugd behandelaren bewust hanteren:

- Actief luisteren; luisteren is misschien wel de meest belangrijke vaardigheid. Goed en zorgvuldig doorvragen naar het leven en beleven van gezinsleden is een hele techniek. Na het stellen van een vraag luisteren met een open, onbevooroordeelde niet wetende houding.
- Het gezin hun eigen oplossingen laten bedenken. Adviseren zoveel mogelijk voorkomen, maar meer vanuit 'not knowing' de gesprekken aangaan.
- Oprecht geïnteresseerd kunnen zijn.
- Transparant kunnen zijn, gevoelens uiten en betrouwbaar zijn; doen wat je zegt en zeggen wat je doet.
- Rustige en positieve houding; zoekend naar mogelijkheden.
- Normale taal gebruiken, geen vakjargon en aansluiten bij het (ontwikkelings) niveau van de gezinsleden.
- Posities bepalen, patronen binnen het gezin ontdekken en bespreekbaar maken om deze te kunnen doorbreken.

Naast bovengenoemde punten zijn er een aantal vaardigheden en competenties die kenmerkend zijn voor een gezinsbehandelaar IHT Jeugd. De constante dynamiek in gezinnen, gepaard met crisissituaties, vraagt om stressbestendigheid van de gezinsbehandelaar, de rust om situaties steeds opnieuw in te schatten en deze verantwoordelijkheid te delen met het casusteam. Een gezinsbehandelaar wordt geacht te beschikken over innoverend vermogen, het openstaan of zelf aandragen van nieuwe ideeën en hier vorm aan kunnen geven binnen het team. Ook zelfstandigheid en zelforganisatie is belangrijk, in praktische zin gaat dit om het beheer van de eigen agenda, maar ook het praktisch beheer m.b.t. de caseload en te werken uren. Naast praktisch gaat het om het hebben van vertrouwen in eigen keuzes en beslissingen (met ondersteuning van het casusteam), ongeacht de emotionele druk die een gezin soms (bewust en

onbewust) kan uitvoeren op de gezinsbehandelaar wanneer er hoge spanning of crisis is.

Competenties

Het versterken van competenties is een belangrijk aandachtsgebied binnen IHT Jeugd. Daarbij is het belangrijk om rekening te houden met ontwikkelingstaken. Ontwikkelingstaken worden opgevat als “thema’s die karakteristiek zijn voor een bepaalde levensfase en die van de persoon bepaalde gedragingen vragen” (Slot & Spanjaard, 2003). Tijdens de ontwikkeling leren jongeren vaardigheden om hun ontwikkelingstaken te vervullen.

Iemand is competent wanneer de vaardigheden in evenwicht zijn met zijn taken. Als de ontwikkelingstaken te zwaar zijn of wanneer er zich te veel taken op hetzelfde moment aandienen kan het evenwicht verstoord raken en functioneert een persoon niet op competente wijze. Hetzelfde gebeurt wanneer iemand over onvoldoende vaardigheden beschikt. Als het evenwicht tussen de taken en vaardigheden verstoord is ontstaan er problemen.

Het evenwicht tussen taken en vaardigheden wordt beïnvloed door factoren uit de omgeving, de omstandigheden die een taak verzwaren, worden stressoren of stressvolle omstandigheden genoemd. Ook kan pathologie, afwijkend gedrag, een beperking, ziekte of stoornis bij een gezinslid een verzwarende invloed hebben op de taak.

Analyse maken

In de eerste maand ligt de nadruk op onder andere het samen met (alle) gezinsleden zoeken naar de beïnvloedende factoren op het gedrag van de aangemelde jongere. Zodoende wordt er een competentieanalyse gemaakt, waarvan al in de intake een eerste aanzet gemaakt wordt. Het doel is om met het gezin samen meer te begrijpen van de samenhang tussen het probleemgedrag en het systeem om de jongere heen. Wanneer het gezin ‘mee’ is op bepaalde beïnvloedende factoren kan de volgende stap naar interventies gedaan worden. Het gezin maakt samen met de IHT Jeugd-behandelaars een prioritering van de genoemde factoren en komen per factor samen tot interventies.

Herstel van vertrouwen en communicatie binnen het gezin

Herstel van vertrouwen is een belangrijk thema binnen de door IBC Jeugd geboden zorg. Vertrouwen is sterk gekoppeld aan gehechtheid en gaat in essentie over vertrouwen in de beschikbaarheid en steun/bescherming/zorg door primaire zorgfiguren. De gezinsbehandelaar is er dan ook op gericht om moeilijke onderwerpen bespreekbaar te maken en te komen tot een herstel van vertrouwen, zowel binnen als buiten het gezin.

Zorgen dat ouders en jongere weer in hun eigen (verantwoordelijke) posities komen

Interventies zijn gericht op het stimuleren van en het aanzetten tot verantwoordelijk gedrag. De gezinsbehandelaar neemt niets, qua verantwoordelijk oudergedrag, over van de ouder en zal de jongere niet rechtstreeks aansturen tenzij het als een 'modeling' oefening bedoeld is.

De gezinsbehandelaar staat als coach naast de ouder en jongere waarbij de uitvoering van de interventies door de gezinsleden uitgevoerd worden.

Generalisatie naar toekomstige situaties

Deze fase wordt ook wel de 'consolidatiefase' genoemd. De nieuwe interventies zijn gericht op de toekomst en het toe kunnen blijven passen van deze werkende interventie. Er wordt een terugvalplan/houvastplan gemaakt waarin het gezin deze werkende interventies kan teruglezen zodra het gedrag van de jongere weer terugvalt.

Gericht op het hier en nu en op de actie, duidelijk geformuleerd

Interventies zijn op het heden afgestemd, gericht op actie en duidelijk gedefinieerde problemen. Het gezin stelt samen met de gezinsbehandelaar concrete doelen op die gericht zijn op praktische vaardigheden. De nieuwe vaardigheden oefenen in rollenspellen is bijvoorbeeld een actiegerichte interventie.

Denken in gedragsreeksen/interacties in gedrag en deze zoeken

Door gedrag van ouders/omgeving leert de jongere bepaald gedrag aan en andersom. Dit gaat in alle gezinssystemen onbewust. Door het maken van een gedragsanalyse worden de gezinsleden bewust van de in standhoudende patronen met betrekking tot interacties, communicatie en rollen/posities. De interventies zijn gericht op interacties binnen en tussen meerdere gezinsleden/systemen die het probleem in stand houden. Veelal zijn dit gedragstherapeutische interventies zoals het maken van gedragsreeksen.

'Huiswerk' voor de voortdurende inzet van gezinsleden

De interventies moeten een dagelijkse of wekelijkse inspanning van de gezinsleden vragen. IHT Jeugd is een intensieve gezinsbehandeling waarbij er van het gezin gevraagd/verwacht wordt om dagelijks bezig te zijn met het aanleren van nieuwe interventies en inzichten. In ieder huisbezoek zal ook teruggekomen worden op eerdere interventies om te horen hoe deze zijn gegaan en om ze goed te evalueren.

Verslaglegging

Intensieve communicatie met alle betrokkenen vergt binnen de geldende wet- en regelgeving ook heldere verslaglegging. IHT Jeugd verzorgt minimaal:

- Intakebrief (diagnostiek en beleid bij intake)
- Behandelplan
- Behandelplanevaluaties
- Veiligheidsplan
- Signaleringsplan
- Eindbrief behandeling (na afsluiting IHT Jeugd)

2.6 Werkproces: Beschrijving van het stroomschema en de fasering IHT Jeugd-proces

Intake IHT

Een IHT Jeugd-intake vindt plaats op de Karakterlocatie en uitgevoerd door de kinder- en jeugdpsychiater samen met de GZ-psycholoog. Daarnaast vindt er een somatisch onderzoek plaats door de verpleegkundig specialist.

De intake heeft een duur van 2 uur waarin er samen met ouders en jongere gestart wordt en er na een half uur opgesplitst wordt. De coördinerend behandelaar bespreekt vervolgens samen met ouders de ontwikkelingsanamnese en verdere hetero-anamnese door. De kinder- en jeugdpsychiater doet een kinder- en jeugd-psychiatrisch onderzoek bij de jongere.

Vervolgens worden de observaties en eerste bevindingen teruggekoppeld aan de jongere en ouders waarbij er samen besloten wordt of IHT Jeugd passend kan zijn.

Inhoudelijk ligt de focus in het intake gesprek op de ernst van het psychiatrisch leiden, de mate van crisis en de systemische factoren die deze versterken en kunnen verzwakken.

Met 'crisis' kan een chronische crisis bedoeld worden, waarbij bijvoorbeeld de jongeren al meer dan 3 maanden niet naar school gaat of er is sprake van een acute crisis, waarbij de jongere bijvoorbeeld acute suïcidale gedachten/plannen heeft.

In het gesprek is aandacht voor de werkwijze van IHT Jeugd, waarbij de nadruk ligt op de onderlinge relaties, interacties en structuren van het gezin en hun verdere omgeving. Er wordt in het gesprek engagement gezocht met de jongere en ouders rondom deze werkwijze.

Daarnaast is de focus competentiegericht en wordt er vanuit de krachten van de gezinsleden en hun netwerken naar mogelijkheden gezocht.

Na intake volgt er een besluit of IHT Jeugd aansluit bij de hulpvraag van het gezin. Bij positief besluit, wordt het gezin toegewezen aan twee gezinsbehandelaren. Aan hen is de taak om binnen twee weken na intake een startgesprek te plannen met het gezin, de coördinerend behandelaar en beide gezinsbehandelaren. In het startgesprek wordt door de coördinerend behandelaar teruggekomen op de doelen die het gezin heeft geformuleerd in de intake. Ook leggen de gezinsbehandelaren tijdens het startgesprek globaal uit hoe het traject van IHT Jeugd eruit gaat zien, wat dit zal vragen van het gezin (aan bijv. beschikbaarheid) en wat ze kunnen verwachten, ook qua bereikbaarheid van gezinsbehandelaren en HIC Jeugd. Er wordt een folder meegegeven waarin de informatie kort staat samengevat, zodat het gezin dit thuis nog eens rustig kan doorlezen.

Het volledige IHT Jeugd-traject omvat een periode vier maanden, gerekend vanaf startgesprek tot aan laatste behandelplanevaluatie. Deze vier maanden zijn onderverdeeld in verschillende fasen die hieronder omschreven worden⁴. Iedere maand is er een behandelplanevaluatie op de Karakterlocatie waarbij de coördinerend behandelaar altijd aanwezig is, samen met (minimaal één van de) gezinsbehandelaren. De psychiater is doorgaans twee van de vier evaluaties aanwezig, in overleg met het team en op geleide van wat nodig is binnen het gezin.

Tussen de evaluaties door wordt werkoverleg ingepland met het casusteam, om met elkaar de ontwikkelingen te bespreken en scherp te blijven op het proces.

Tijdens het IHT Jeugd-traject kunnen gezinsleden altijd een beroep doen op de HIC Jeugd. Bij het startgesprek ontvangt het gezin de telefoonnummers van de afdeling met de uitleg dat zij 24 uur per dag telefonisch bereikbaar zijn. Ook wordt het gezin ervan op de hoogte gebracht dat de medewerkers van de HIC Jeugd de rapportage van de gezinsbehandelaren kunnen inzien, zodat zij zo goed mogelijk kunnen proberen aan te sluiten op het proces waar het gezin zich in bevindt.

De crisisfase

Mocht er per direct na intake een crisis ontstaan in het gezin dan wordt er door de gezinsbehandelaren ingezet op de-escaleren van de crisis in de thuissituatie met de mogelijkheid voor opname op de HIC Jeugd. Waar nodig zal in deze fase ook samenwerking worden gezocht met de politie en de crisisdienst. Dit vraagt ook flexibiliteit rondom het startgesprek, wat normaal de start is van een IHT Jeugd-traject. In het geval van directe crisis na intake hebben gezinsbehandelaren de

⁴ Het IHT Jeugdproces als ook de verschillende intakemogelijkheden zijn als schematische weergave ingevoegd als Appendix 3

mogelijkheid om al een (aantal) huisbezoek(en) af te leggen voordat het startgesprek kan plaatsvinden, gericht op de-escalatie. Ook wordt er door omstandigheden weleens voor gekozen om het startgesprek bij het gezin thuis te laten plaatsvinden, waaraan de coördinerend behandelaar telefonisch deelneemt op het moment dat die daar niet fysiek bij aanwezig kan zijn.

Bij crisis waarbij veiligheid van (één van) de gezinsleden in het gedrang komt, wordt een veiligheidsplan gemaakt met de gezinsleden. Hierin staat duidelijk omschrijven wie wat doet bij mogelijk gevaarlijke situaties en wanneer externen in te schakelen (persoonlijk/professioneel netwerk, maar ook politie en crisisdienst).

Startfase IHT Jeugd

In deze eerste fase van de behandeling zijn de gezinsbehandelaren gericht op kennismaking met het gezin en het verzamelen van informatie over het gezin. Er wordt in overleg met het gezin bepaald hoe intensief de afspraken per week gepland worden, waarbij een minimum is van 2 afspraken tot 5 afspraken per week van gemiddeld zo'n 1,5-2 uur. De gezinsbezoeken kunnen in onderling overleg met het gezin ook 's ochtends heel vroeg, 's avonds of in het weekend plaatsvinden. Gezinsbezoeken kunnen ook langer duren wanneer bijvoorbeeld ingezet wordt op activerende begeleiding of praktische activiteiten en ondersteuning die het IHT Jeugdproces ondersteunen. Daarnaast kan 24/7 gebruik gemaakt worden van telefonische consultatie of ondersteuning (zowel vanuit de jongere, de ouders als het netwerk van het gezin) en zijn er mogelijkheden voor contact middels E-health. In overleg met het gezin kan op veel fronten anders bepaald worden, afgestemd op maat, naar wat nodig is.

De gezinsbehandelaren leggen contact met het gemeentelijk lokaal wijkteam i.v.m. gemeentelijke verantwoordelijkheid en samenwerking inzake zorg voor jeugd en gezin. Ook wordt er in deze eerste behandelperiode samen met het gezin een afspraak met de mentor/zorgcoördinator van de onderwijsinstelling gepland om te bepalen waarin kan worden samengewerkt en welke vragen er zijn voor school en jongere i.v.m. borging en voortgang van het onderwijs. Evenzo wordt contact gelegd met extern betrokken zorgaanbieders/instanties i.v.m. samenwerking en mogelijk een overdracht waar nodig.

Samen met het gezin worden de doelen voor de eerste maand bepaald, welke zijn afgeleid van de doelen uit het behandelplan. De gezinsbehandelaren zorgen ervoor dat deze doelen in het dossier worden gezet. De eerste behandelplaneluatie wordt geschreven op basis van de opgestelde behandeldoelen.

Samen met gezin wordt er een probleemanalyse gemaakt middels een *casus-conceptualisatie* met de daarbij behorende gedragssequentie, waarbij zo compleet mogelijk de factoren in kaart worden gebracht die het centraal gestelde (on)gewenste gedrag in stand houden, waarna er samen met het gezin bepaald wordt waar de prioriteiten liggen om mee te gaan starten.

Gedragssequentiereeksen zijn hierin helpend, om meer zicht te krijgen op de interactiepatronen binnen het gezin en geven meer inzicht in de factoren bij de individuele gezinsleden die het probleemgedrag in stand houden.

Met het gezin stellen de gezinsbehandelaren een *competentieanalyse* op, hierin worden de vaardigheden en uitdagingen van de jongere en het systeem omschreven. Competentie wordt vaak geïnterpreteerd als de mate waarin iemand in staat is adequaat om te gaan met de taken die het dagelijks leven hem of haar stelt. Ieder mens wordt geconfronteerd met de opgave om te reageren op allerlei mogelijkheden en beperkingen in het dagelijks leven.

Het *netwerk* van het gezin wordt in kaart gebracht met als doel dat er zicht komt op het steunsysteem en de mogelijkheden om hen in te zetten waar nodig of wenselijk.

Door de volgende stappen uit te voeren wordt er een netwerkanalyse gemaakt op papier om het visueel inzichtelijk te maken.

Stap 1; de introductie

De aanleiding; het gevoel van het gezin om er alleen voor te staan en de behoefte te hebben om dit meer te delen, zelf niet meer uit de crisis te kunnen komen, de veiligheid van gezinsleden is in het geding, of tijd voor andere ontspanningsmomenten te creëren.

Het doel; te bekijken wie een belangrijke rol spelen in het leven van het gezin en te bekijken wie er eventueel kan helpen waardoor het gezin het idee heeft er niet geheel alleen voor te staan.

De werkwijze; vind je het goed om het op papier te zetten, dan onthouden we het beter.

Stap 2; het invullen van het netwerkschema

Dit kunnen zijn; gezin, familie, vrienden en kennissen, burens, vereniging of religieus genootschap, hulp- en dienstverleners of overige contacten.

Na het invullen van het schema bespreek je de lijst met het gezin als volgt bij het beantwoorden van de volgende vragen:

- wie biedt welke vorm van ondersteuning?
- welke soort ondersteuning wordt gemist en waar is behoefte aan?
- welke contacten zijn gebaseerd op wederzijdse hulp en steun en welke zijn eenzijdig? Hoe denkt het gezinslid hierover?

- wat zouden personen nog meer te bieden kunnen hebben?
- met welke personen is er een problematische relatie ontstaan die van grote invloed is op het gezinslid of het functioneren van het gezin? Wat zou er moeten gebeuren om een dergelijke situatie te verbeteren of op te lossen?
- wat zou het gezinslid willen dat er beter of anders is?
- is het zinvol het netwerk uit te breiden of is het nuttiger om de bestaande contacten beter te benutten?
- welke aanknopingspunten worden gezien om de gestelde doelen te realiseren? Welke doelen en werkpunten kunnen worden geformuleerd op basis van deze analyse.

Er wordt een start gemaakt met het *signaleringsplan*. Dit is een plan dat is onderverdeeld in vier verschillende fasen, die elk een stadium van een stemming/gemoedstoestand aangeven. Hierin omschrijft de jongere, met behulp van ouders en gezinsbehandelaren, welke signalen te herkennen zijn bij welke fase. Ook wordt er samen nagedacht over acties om op het plan te schrijven, welke invloed kunnen hebben op de gemoedstoestand waar de jongere in verkeert. Dit gaat over zowel acties voor de jongere zelf, als voor de mensen in zijn omgeving. Ook met ouders wordt er wel eens een signaleringsplan voor henzelf ingevuld, als zij geneigd zijn te reageren vanuit emotie op het gedrag van de jongere. Het samen invullen van een signaleringsplan zorgt voor veel informatie voor de gezinsbehandelaar, maar belangrijker nog is dat het vaak bewustwording oplevert bij het gezin en dat er ook concreet geoefend kan worden met het inzetten van acties.

Intercultureel werken

Omdat de doelgroep waarmee we in contact komen erg divers is, achten we het zinvol om iets nader in te gaan op het intercultureel werken. Het gaat daarbij niet alleen om het verschil tussen autochtone en allochtone, maar ook de verschillen tussen de stadsbewoner en een gezin in een agrarische gemeenschap.

Als het om familiecultuur gaat, wordt er grofweg een onderscheid gemaakt tussen de individualistische ik-cultuur en de collectieve wij-cultuur (Tjin A Die & Zwaan, 2007). Hoewel er allerlei nuances aan te brengen zijn op de wijze waarop families in onze samenleving functioneren en er daarom veel mengvormen met betrekking tot familiecultuur bestaan kan dit globale onderscheid tussen ik-systemen en wij-systemen je helpen in het contact met de gezinnen en families met een van jou afwijkende culturele achtergrond.

De niet-weten houding kenmerkt zich door een open, onbevooroordeelde en nieuwsgierige bejegening van de cliënt. Dit heb je nodig om een samenwerkingsrelatie met je cliënten, met welke achtergrond dan ook, te ontwikkelen die ertoe leidt dat gezinnen doelen kunnen gaan stellen en oplossingen gaan werken.

De niet-weten houding is een basisvaardigheid voor gezinsbehandelaren en daarom bij elke cliënt, gezin of familiesysteem van belang.

School:

- Gegevens school verzamelen in de 1^e week van het IHT Jeugd-traject
 - o Wie is er allemaal betrokken?
 - o In samenspraak met het gezin, besluiten wie er bij de eerste schoolafsprak aanwezig moeten zijn. Denk aan: zorgcoördinator, mentor, afdelingsleider, schoolarts, leerplichtambtenaar, orthopedagoog/psycholoog.
- Samen met het gezin de hulpvraag met betrekking tot school helder krijgen.
- In samenwerking met het gezin plant de gezinsbehandelaar een eerste afspraak met school, op school met alle betrokkenen.
- Met het gezin wordt er een agenda opgesteld. Vanuit IHT Jeugd is het belangrijk om:
 - o Kennis te maken, verheldering te krijgen in de verwachtingen en rollen IHT Jeugd/school.
 - o Hoe is de school opgebouwd qua structuren en leiding.
 - o Wat zijn de mogelijkheden van iedereen m.b.t. concrete actiepunten.
 - o Afspraken te maken wat betreft schoolgang.
- Een vervolgspraak maken om continuïteit te waarborgen. In samenspraak met betrokkenen bespreken in welk tijdsbestek een vervolgspraak van belang is.
- In geval van meer dan 16 uur ongeoorloofd schoolverzuim moet schoolarts en/ of leerplichtambtenaar betrokken zijn. Controleer dit bij school, zij nemen contact op met leerplichtambtenaar en betrekken hem/haar actief. Wanneer er sprake is van geoorloofd schoolverzuim, is het belangrijk dit goed te onderzoeken. Wanneer een jongere echt niet naar school gaat ook dan wordt er een leerplichtambtenaar ingeschakeld. Zij kunnen meedenken en desgewenst druk uitvoeren richting jongere en school.
- Bewaken van de voortgang, alert zijn op gemaakte afspraken en contacten met elkaar, door een nieuwe afspraak te plannen met de betrokken personen.
- Afronding school op het moment dat IHT Jeugd afsluit. Indien relevant een terugval preventieplan voor school.
- Informatie verstrekken aan derden altijd in overleg met het gezin. Alle contacten met school doen we samen met het gezin.

Wat doet een gezinsbehandelaar in het gezin?

- Stabiliseren crisissituatie van jongere en gezin
- Verbeteren veiligheidssituatie van jongere en gezin
- Verminderen van psychopathologie
- Gedragsverandering bij de jongere en/of zijn ouders

- Verbeteren van opvoedingsvaardigheden van de ouders
- Verbeteren van communicatie in het gezin
- Verbeteren van samenwerking van de (ex)partners
- Benutten/re-integratie van steun uit het eigen sociale netwerk
- Ondersteunen bij relaties in het professionele netwerk
- Re-integratie op onderwijs/contacten onderhouden met de onderwijsinstelling

Eerste behandelplanevaluatie

In de voorbereiding op de evaluatie schrijven de gezinsbehandelaren een verslag gericht op hoe aan de gestelde doelen van die maand gewerkt is en wat dat (aan inzicht in de patronen) heeft opgeleverd. Ouders en jongeren ontvangen enkele dagen voor de evaluatie het verslag per mail en worden verzocht het verslag te lezen en terug te geven of ze zich kunnen vinden in wat daarin beschreven. Tijdens de bespreking wordt a.d.h.v. het verslag geëvalueerd en worden er afspraken gemaakt voor de komende periode. Direct na deze eerste evaluatie wordt het behandelplan definitief gemaakt en opgestuurd aan het gezin.

Behandelfase

Bekrachtigen positie en rol van individuele gezinsleden op basis van competentiegerichte werkwijze

In de behandelfase ligt de focus op het werken aan verandering. Het herstel van de vertrouwensrelatie tussen ouder en kind en herstel van rollen en posities waarin competentiegericht werken en oplossingsgericht werken als uitgangspunt wordt genomen. Het behoudt van een constructieve samenwerkingsrelatie is hierbij cruciaal. Voorwaardelijk voor een constructieve samenwerking met een jongere en zijn systeem impliceert een basisattitude, waarin de gezinsbehandelaar vaardig moet zijn. Een basisattitude waarbij je jongeren en ouders per definitie ziet en benadert als experts en regisseurs van hun eigen leven:

- Niet-weten als professie
- Invoegen
- Actief luisteren
- Bieden van emotionele steun, valideren
- Informeren.

Competentiegerichte hulpverlening beschrijft het functioneren van jongeren en ouders/verzorgers niet alleen vanuit problemen en pathologie. Het opsporen van krachten in en om het gezin, te weten aanwezige vaardigheden en protectieve factoren, zijn belangrijk bij de analyse van het functioneren van de jongere.

Het doel van competentiegerichtte hulpverlening is niet het reduceren van problemen maar juist het vergroten van de competentie. Aan de competentiegerichtte benadering ligt de visie ten grondslag dat het aanleren en versterken van vaardigheden en het vergroten van aanwezige mogelijkheden de beste uitgangspunten voor gedragsverandering zijn. De opvatting dat het versterken van aanwezige vaardigheden en krachten effectief is sluit goed aan bij de principes van vraaggericht en oplossingsgericht werken. Empowerment, het versterken van het geloof in eigen kwaliteiten en mogelijkheden, van jongeren en ouders/verzorgers.

Het werken aan vergroten van competenties kan op de volgende manieren plaatsvinden:

- Het verlichten van de taak
- Het verrijken van de taak
- Het leren van vaardigheden
- Het reduceren van stress
- Het activeren of vergroten van beschermende factoren.

In de behandelplanevaluaties die maandelijks plaatsvinden is het van belang eventuele nieuwe afspraken te maken, doelen bij te stellen en formuleren. De aantekeningen van deze evaluaties worden direct doorgestuurd naar het gezin, daarbij wordt geen nieuw behandelplan opgesteld.

Wat we doen binnen een IHT Jeugd-traject gericht op onderwijs:

Vanuit de visie op competentiegericht behandelen, waarbij vanuit de competentiegericht ontwikkelgedachte een jongere ontwikkeltaken heeft en een onderwijsinstelling daar een heel belangrijke rol in vervult, Onderwijsinstellingen van zijn groot belang voor het ontwikkelproces van een jongere. Zowel didactisch als sociaal emotioneel. De primaire competentie van een onderwijsinstelling is gelegen in didactisch ontwikkeling. Echter met de wet op het passend onderwijs is een andere dimensie aan het onderwijs toegevoegd. Onderwijsinstellingen moeten passend onderwijs bieden aan alle jongeren, ook aan hen die op een of andere manier afwijken van de standaard. Scholen zijn geen GGZ-instellingen, maar hebben wel dagelijks van doen met jongeren met een min of meer ernstig psychiatrisch probleem. Van hen wordt verwacht dat zij over voldoende basiskennis beschikken om hun kerncompetentie (onderwijs) uit te kunnen dragen. Vanuit de jeugd-GGZ als specialist hebben we een impliciete opdracht (en morele verantwoordelijkheid naar onze jongeren) om onze kennis naar het 'voorveld' te brengen. Dit maakt dat vanuit de IHT Jeugd geregeld contacten zijn met onderwijsinstellingen.

In de eerste fase van het IHT Jeugd-traject zijn alle relevante contacten gelegd en de problemen zo goed mogelijk in kaart gebracht. In de tweede en derde fase is voortdurend sprake van gerichtheid op onderhouden en waar nodig opbouw van adequate dagbesteding, waarbij onderwijs een centrale factor is.

- Bewaken van de voortgang, alert zijn op gemaakte afspraken en contacten met elkaar, door een nieuwe afspraak te plannen met de betrokken personen.
- Afronding school op het moment dat IHT Jeugd afsluit. Indien relevant een terugval preventieplan voor school.
- Informatie verstrekken aan derden altijd in overleg met het gezin. Alle contacten met school doen we samen met het gezin, niet zonder.

Wat we doen binnen een IHT Jeugd-traject gericht op het netwerk:

In de eerste fase van het IHT Jeugd-traject is reeds een start gemaakt met een netwerkanalyse, waarbij in beeld is gebracht wie een rol speelt of kan gaan uitmaken binnen het steunsysteem van het gezin. In de navolgende fase is blijvend gerichtheid op onderhouden en waar nodig uitbouwen van het steunsysteem via het eigen sociale netwerk, waar nodig i.s.m. sociaal wijkteam/centrum voor jeugd en gezin en eventueel betrokken instanties.

Uit visiedocument IBC Jeugd:

IBC Jeugd kenmerkt zich tot een netwerkorganisatie die zich sterk inzet op multidisciplinaire en intersectorale samenwerking binnen het professionele netwerk en ondersteuning van het gezinssysteem binnen het sociale netwerk. Het behandelteam betrokken rondom het gezinssysteem, zal altijd zo spoedig mogelijk in contact treden met 'het netwerk', waarbij ingezet wordt op samenwerking op casusniveau, ieder met eigen expertise. Het gemeentelijk lokale team heeft hierbij vanuit de visie van IBC Jeugd een belangrijk regievoerende rol, geadviseerd door professionals.

We werken binnen IHT Jeugd systeemgericht en hebben daardoor oog voor de context van het gezin. De samenwerking met het gezin is het startpunt. De perceptie en behoeften van alle gezinsleden of het gezinssysteem vormen het uitgangspunt van de hulp. Een gezin vormt echter ook een onderdeel van een breder systeem en dat bredere systeem, de sociale omgeving van een gezin, heeft invloed op het functioneren, het welzijn en de behoeften van de gezinsleden. Een steunend sociaal netwerk geldt als een belangrijke beschermende factor voor gezinnen die kampen met problemen. Grootouders, vrienden, collega's, burens en leden van religieuze gemeenschap vervullen een belangrijke rol bij de praktische en emotionele ondersteuning.

Hulpverleners zijn voorbijgangers in het leven van deze gezinnen. Het sociale netwerk blijft beschikbaar ook wanneer professionals vertrokken zijn. Een versterkte, steunende rol van het sociale netwerk in het leven van een gezin kan ertoe leiden dat het gezin dat nu steun behoefte in een later stadium zelf een steunende rol kan vervullen voor een ander in dat netwerk. Het is daarom belangrijk om vanaf het begin van de hulp in gesprekken met jongeren en ouders te spreken over hun sociale netwerk. Zo draag je uit dat het netwerk onlosmakelijk met hen is verbonden en maak je ze bewust van de kansen op steun die een netwerk kan bieden. De netwerkanalyse zoals afgenomen in fase 1 is ondersteunend aan het proces waarbij de gezinsbehandelaar zal proberen om samen met het gezin een duurzaam steunsysteem op te bouwen.

Gedurende het gehele IHT Jeugd-traject onderhoudt de gezinsbehandelaar contacten met bij het gezin betrokken hulpverleners vanuit andere organisaties en het gemeentelijk lokaal wijkteam, dit omdat het belangrijk is dat zij op de hoogte blijven van de gang van zaken, betrokken blijven en waar nodig ondersteunend kunnen zijn. In de tweede en derde fase worden de contacten geïntensiveerd, om waar nodig tijdig extra ondersteuning te kunnen verkrijgen dan wel tijdig af te kunnen schalen naar minder intensieve zorg.

Bij de afstemming met andere hulpverleners is het belangrijk je te realiseren dat het gezinssysteem zoveel mogelijk de regie blijft behouden. Dat wil zeggen dat ouders en bij voorkeur ook de jongere altijd aanwezig zijn bij dergelijke contacten, waarbij de behoeften van het gezin centraal staan. De rol van de gezinsbehandelaren bij deze contacten is het gezin te ondersteunen zelf hun wensen en ideeën over hulp en afstemming tussen hulpverleners te laten verwoorden.

In grote lijnen kan het afstemmen met externe hulpverleners via de volgende stappen verlopen:

- Stel de behoeftes en afstemming vast met het gezin
- Bespreek met het gezin met welke hulpverleners contact gezocht dient te worden en hoe een overleg georganiseerd kan worden
- Bespreek wat het gezin zelf kan organiseren en waarin zij ondersteuning nodig hebben
- Bespreek het doel van het overleg en wat er op de agenda moet komen
- Stel een overleg met de betrokken hulpverleners en het gezin vast en voer dit uit
- Evalueer het overleg met het gezin.

Slotfase / consolidatiefase IHT Jeugd / 4^e maand

In deze laatste fase zal het vooral gaan om de laatste puntjes op i zetten. In de 3^e behandelplanevaluatie zijn de doelen voor de laatste fase afgesproken gericht op afronding, overdracht en bovenal het consolideren van het geleerde. Het leren vasthouden van de opgetreden verandering. Het gezin heeft een voor zover mogelijk compleet beeld van de factoren die een rol spelen bij het in standhouden van het probleemgedrag en hebben keuzes gemaakt op welke factoren ze willen aangrijpen om tot verandering te komen. Ouders en jongere zullen door de gezinsbehandelaren vooral bevraagd en positief bevestigd worden op de door hen gezette succesvolle stappen in verandering van gedrag. Doel is ouders en jongere steeds meer in hun kracht te zetten en als gezinsbehandelaren een stapje terug te doen. De frequentie van de huisbezoeken kan in de meeste gevallen afgebouwd worden naar 1 tot 2 afspraken per week met waar nodig telefonische ondersteuning.

Samen met ouders en de jongere wordt in deze fase het 'houvastplan' ingevuld met de nadruk op de sterke kanten/kwaliteiten van het gezin, die het gezin en de individuele gezinsleden kunnen inzetten om het geleerde vast te houden en toekomstige crisisachtige situaties het hoofd te bieden. Dit laatste zal geoefend worden middels 'stel dat' vragen. De gezinsbehandelaar schetst de gezinsleden situaties en bevraagt hen hoe zij deze situaties zouden aanpakken. Waar zouden ze op letten en waarom? Wie zouden ze in kunnen schakelen mochten ze in de toekomst de behoefte hebben aan ondersteuning? Het sociale netwerk rondom het gezin heeft hier een rol in. Hoe kunnen zij betrokken blijven bij de borging van het geleerde? De personen uit het netwerk die hierbij een rol hebben in de ondersteuning van het gezin worden in de laatste fase nogmaals uitgenodigd om samen met de gezinsleden concrete afspraken te maken over de ondersteuning. Ook wordt er gekeken naar de valkuilen. Zo nodig wordt er een veiligheidsplan gemaakt.

Eerder in het IHT Jeugd-traject is al samen met het gezin gekeken naar of en welke vervolgbehandeling passend zou zijn en ingezet gaat worden. In deze eindfase wordt nog eens goed doorgesproken wat de precieze wensen en vragen van het gezin hierin zijn, of het nog voldoende aansluit en of dat er nog iets anders nodig is. Streven is om dit al ruim voor de einddatum van de IHT Jeugd duidelijk te hebben i.v.m. de wachtlijsten bij andere instanties/ behandelaars en zo te komen tot een zo soepel mogelijke overgang, zonder gat ertussen. De gezinsbehandelaren en/ of coördinerend behandelaar kunnen dan ook het gezin nog ondersteunen in een 'warme' overdracht. Aanmeldingen en verwijzingen worden doorgaans door de coördinerend behandelaar gedaan. In deze fase betrekken

de gezinsbehandelaren ook nogmaals de consulent van het gemeentelijk lokale wijkteam bij een huisbezoek, zodat deze op de hoogte is van waar de wensen van het gezin liggen m.b.t. vervolgbehandeling en om mee te denken over het aanbod en mogelijkheden binnen de gemeente of gemeentelijke regio waar het gezin woonachtig is. Indien van toepassing zal de consulent ook de beschikkingen vanuit de gemeente afgeven.

Indien vervolgtrajecten nodig zijn worden verwijzingen vanuit IHT Jeugd o.a. gedaan naar:

- Jeugdhulpverleningsorganisatie (bijv. MST, Lindenhout, Entrea, Oosterpoort)
- Coaching of basispraktijken (bijv. Onder de Bomen, DIT-coaching, BOTS, Autimaat, Krekelcoaching, Bekkers)
- GGZ-organisaties (o.a. Pro Persona, Rebis, GGNet, Dimence, Rintveld, Amarum, GGZ Oost Brabant)
- FACT (Karakter i.s.m. GGNet, ProPersona)
- Interne zorglijnen van Karakter.

Eindgesprek

In deze 4^e behandelplanevaluatie, op locatie van Karakter worden aan de hand van de doelen, opgesteld bij de start van het IHT Jeugd-traject, gekeken welke stappen er zijn gezet, hoe dat gelukt is, of de doelen behaald zijn en waar er eventueel nog een vraag ligt. De gezinsbehandelaren hebben voorafgaande aan deze bespreking al een concept eindverslag IHT Jeugd aan het gezin opgestuurd. De coördinerend behandelaar verwerkt deze, samen met wat het gezin tijdens het eindgesprek teruggeeft, in een definitieve eindbrief. Deze komt in het dossier en wordt verzonden naar het gezin, de verwijzer en eventuele vervolgbehandelaar.

Er wordt met de gezinsleden ook teruggekeken op waar ze tevreden zijn over de IHT Jeugd-behandeling en waar voor hen tip en tops liggen, daarbij is ook specifiek aandacht voor de ervaren samenwerking.

Na het eindgesprek vindt er binnen 14 dagen nog een laatste huisbezoek plaats. Deze heeft een meer informeel karakter en staat in het teken van afscheid nemen. Ondank het informele karakter is het laatste huisbezoek een belangrijk afsluitend ritueel. De taken zijn volbracht, het werk is gedaan, intensieve hulp vanuit IBC Jeugd is niet meer nodig, de jongere en het gezin kunnen op eigen kracht verder. Voor het gezin vaak ook een ritueel om de betrokken behandelaren nog een bedankje te kunnen presenteren als blijk van waardering.

Casusevaluatie

Deze wordt gepland binnen 2 weken na laatste gezinsbezoek. De duur is 30-45 minuten. Het wordt ingepland bij het hele casusteam betrokken bij de casus (coördinerend behandelaar, kinder- en jeugdpsychiater, gezinsbehandelaren).

Doel van de evaluatie is het terugkijken op het hele behandelproces ter lering en professionalisering, zodat het team zijn eigen handelen en de aanpak kan bijsturen. De uitkomsten kunnen ook worden gebruikt om de IHT Jeugd-methodiek aan te passen.

Het casusteam gebruikt een evaluatieformulier als leidraad voor het evaluatiegesprek. Er wordt geëvalueerd aan de hand van een aantal vaste hoofdcategorieën, te weten;

- Proces van ouders (o.a.; hebben we beide ouders bv voldoende gezien? Kon het over relevante zaken gaan?).
- Proces van jongere (o.a.; hebben we de jongere voldoende gezien? En was hij/zij voldoende mee in de behandeling? Is de kern van de problematiek voldoende helder geworden?).
- Samenwerking school (o.a.; was school voldoende in beeld? Was de leerplicht betrokken en het zorgteam ingezet?).
- Netwerk voldoende in beeld en betrokken (o.a.; heeft het gezin de problemen gedeeld en hulp gevraagd aan netwerk? Is de samenwerking met het wijkteam goed tot stand gekomen?).
- Proces binnen behandelteam (o.a.; hadden we met elkaar de diagnostiek helder? Zaten we op dezelfde lijn en hoe was de samenwerking? Hebben we er voor ons gevoel uitgehaald wat er in zat en welk punt geven we onszelf op een schaal van 0-10? Hadden we ouders voldoende mee in de behandeling? Hebben we voldoende werkoverleg ingepland?).

Het gesprek/verslag maakt geen onderdeel uit van het dossier, maar is allen gericht op verdere ontwikkeling van medewerkers IBC Jeugd als professional.

Hoofdstuk 3: High & Intensive Care Jeugd

Loes A.J. Stouthamer-Verschuren
Rianne van den Brink
Aloy van Kempen
Jaqueline Meijerink
Thijs Melief
Sanne Tolk

Kortdurende opname, samen met een ouder

Inleiding

Met de oprichting van de voormalige crisisafdeling Stapper was Karakter Zetten in 1996 een van de eerste organisaties die een jeugd-BOPZ-afdeling opende. Deze specifieke afdeling kenmerkte zich door haar 'open karakter', waarbij geslotenheid feitelijk taboe was, tenzij de mate van ontregeling daar specifiek om vroeg. Om aan te sluiten bij de maatschappelijke ontwikkelingen werd halverwege 2013 gestart met de implementatie van de nieuwe werkwijze vanuit een nieuwe behandelvisie zoals beschreven in hoofdstuk 1. Voor de toenmalige crisisafdeling betekende dat toewerken naar een High & Intensive Care (HIC) Jeugd. Voor deze nieuwe naam werd gekozen om aan te sluiten bij wat landelijk in de volwassen-psychiatrie in ontwikkeling was en later ook de norm zou worden, ook voor jeugd-psychiatrische instellingen. Met de verhuizing van Zetten naar Nijmegen in december 2014 veranderde de naam van de toenmalige crisisafdeling Stapper in HIC Jeugd, Universitair Centrum, Karakter. En daarmee was de HIC Jeugd een feit.

HIC Jeugd vormt samen met IHT Jeugd een geïntegreerd onderdeel van de behandelmogelijkheden van IBC Jeugd. De afdeling wordt 24/7 bemenst door sociotherapeuten en verpleegkundigen en dient daarmee ook als 'vangnet', consultatiedienst en basis voor IHT Jeugd. Op het moment dat de voortgang in de thuissituatie bij IHT Jeugd vastloopt is er overleg en zo nodig een interventie mogelijk met HIC Jeugd. HIC Jeugd biedt een 24-uurs opnamemogelijkheid aan jongeren en hun ouders, waarbij gezinnen die een IHT Jeugd-traject volgen desgewenst aanspraak kunnen maken op een kortdurende klinische interventie. De sociotherapeuten zijn minimaal geschoold op hoger beroepsonderwijs (HBO-) niveau, deels als verpleegkundige en deels sociaal-pedagogisch hulpverlener of anderszins HBO opgeleid. Nagenoeg alle medewerkers van de HIC Jeugd hebben

aanvullend een intensieve ambulante gezinshulpverlening (IAG-)opleiding, die als belangrijke aanvullende opleiding gezien wordt i.v.m. de systemische werkwijze van de afdeling.

Belangrijk in de huidige werkwijze is de ouderparticipatie, waarbij ouders (24/7, deels verplicht) aanwezig kunnen zijn op de afdeling als deskundige en vertrouwenspersoon voor de jongere. Waar rooming-in een meer passieve betekenis heeft ('ouders mogen aanwezig zijn'), gaat ouderparticipatie in onze visie verder. Wij zien de ouder als belangrijke samenwerkingspartner, waarbij heldere verwachtingen ten aanzien van inzet en betrokkenheid van toepassing zijn.

3.1 Wat is een HIC Jeugd

HIC Jeugd is voor een belangrijk deel gebaseerd op het gedachtegoed van het HIC-model zoals beschreven voor de volwassenenpsychiatrie (Van Mierlo, Bovenberg, Voskes, & Mulder, 2013). Het werken met het HIC-model heeft als doel dwang en drang te verminderen. In de basis wordt er opnamevoorkomend gewerkt door gezinsbehandelaren vanuit de IHT Jeugd. Als de crisis zover oploopt dat een opname op de HIC Jeugd noodzakelijk is, dan zijn interventies gericht op herstel van regie en zorg dragen voor veiligheid. Dat houdt ook in een zo kort mogelijk durende opname. Tijdens de opname is er sprake van intensieve begeleiding van een altijd aanspreekbare sociotherapeut.

IBC Jeugd, met daarin opgenomen de HIC Jeugd, werkt vanuit een oplossings-gerichte en competentiegericht methodiek binnen het medisch model van een kinder- en jeugdpsychiatrisch ziekenhuis. Hierin spelen de volgende aspecten een belangrijke rol. Het gaat om contact met de jongere en het gezin, met daarbij een gastvrije bejegening en attitude en een herstel bevorderend behandelklimaat door een multidisciplinair team.

In praktische zin:

- Dat naast de jongere het gehele gezin bij de behandeling betrokken wordt. Daar waar gesproken wordt over ouder(s), kan ook gelezen worden; naaste familielid of vertrouwenspersoon van de jongere.
- Wanneer geen sprake is van een 'thuisituatie', kan bij thuis gelezen worden; de plek waar de jongere pedagogisch opvoedkundig begeleid wordt, waaronder te verstaan: pleeg-/jeugdzorg.
- Uitgangspunt bij het systeemgericht werken is dat er mét de jongere en familieleden gesproken wordt en niet over de jongere en zijn familie.
- Indien de jongere klinisch opgenomen is op de HIC Jeugd, worden ouders en naaste familieleden zoveel als mogelijk actief betrokken binnen het behandelproces. Dit betekent in eerste plaats een uitnodigende houding naar ouders

met een warm welkom op de afdeling met informatie over het behandelproces van de jongere en ten tweede een actieve gerichte veronderstelling dat ouders zoveel als mogelijk concreet aanwezig zijn op de afdeling en participeren binnen het behandelproces. De sociotherapeut op de HIC Jeugd, zal daarbij zoveel als nodig een coachende houding aannemen.

- Het is wenselijk dat in voorkomende situaties, ouders óók 's nachts aanwezig zijn om mede zorg te dragen en verantwoordelijk te zijn voor de jongere. Zeker bij een eerste opnamenacht is aanwezigheid van een ouder standaard geïndiceerd, maar ook daarna kan de nachtelijke aanwezigheid van een ouder een herstellende werking hebben.
- In die situaties, waarbij opname op de HIC Jeugd, langer dan enkele dagen duurt, is het voorstelbaar dat continue aanwezigheid van de ouder om meerdere redenen niet gewaarborgd kan worden. Vanuit de HIC Jeugd zal altijd actief coachend gestuurd worden, dat het belang van actieve ouderparticipatie, met daarbij concrete aanwezigheid, nodig is voor herstel.
- Dagelijks kent de HIC Jeugd de ochtendvisite, waarbij behandelaren betrokken bij het gezin de jongere en ouders spreken. Kan de ouder niet lieflijk aanwezig zijn, dan wordt telefonisch contact gelegd. Tijdens de ochtendvisite zal de sociotherapeut per direct verslag maken van datgene wat besproken is. Desgewenst kunnen afspraken direct per mail naar ouders bevestigd worden.
- Het behandelend team van de HIC Jeugd realiseert zich dat een klinische opname voor alle direct betrokken een ingrijpende gebeurtenis is. De eerste entree en kennismaking met de nieuwe omgeving is van grote betekenis voor het verloop van de eerste dagen. Een prettig ontvangst, waarbij medewerkers de tijd nemen om vriendelijk en duidelijk uitleg te geven over de afdeling en de dagelijkse routine is daarbij vanzelfsprekend.
- Een klinische opname op een gesloten afdeling geeft een grote inbreuk op vrijheden, privacy en feitelijk alles wat de jongere/ouder daarvoor als 'gewoon' hebben ervaren. De vrijheidsafhankelijkheid ligt in handen van het personeel. De medewerkers van de afdeling realiseren zich dat deze vrijheidsafhankelijkheid van jongere en ouders maakt dat personeel optimaal bereikbaar en toegankelijk moet zijn.
- Een klinische opname maakt per definitie dat er een breuk ontstaat in de dagelijkse routine, die de jongere en ouder voorheen gewoon waren. Onderwijs, verenigingsleven, sociale contacten en arbeid stoppen of lopen anderszins een (tijdelijke) breuk op. Om de negatieve effecten van onderbreking van 'het gewone leven', zoveel mogelijk te voorkomen, werken we vanuit de HIC Jeugd netwerkgericht. Feitelijk beschouwen we daarmee onze systeemgerichte werkwijze aanzienlijk breder dan alleen gerichtheid op het gezinssysteem.
- Onderwijs vormt een belangrijk deel van de dagelijkse routine. Het volgen van

onderwijs draagt in belangrijke mate bij aan de ontwikkeltaken van een jongeren. De HIC Jeugd biedt niet rechtstreeks onderwijs en heeft ook geen direct verbondenheid met een onderwijsinstelling. De HIC Jeugd kan vanzelfsprekend wel ondersteunend zijn bij onderwijsactiviteiten en ouders en jongeren hierin begeleiden.

3.2 Doelgroep

In hoofdstuk 1 staat beschreven welke doelgroep IBC Jeugd en de HIC Jeugd bedient. Het gaat veelal om *therapieresistente internaliserende problematiek* (TRIP). HIC Jeugd richt zich op behandeling van jongeren met ernstige psychiatrische problematiek in brede zin én hun ouders. De proactieve inzet van de afdeling hierin is een 24/7 bereikbaarheid waarbij de veiligheid van de jongere voorop staat. HIC Jeugd komt in beeld op het moment dat een acute crisissituatie niet meer in de thuissituatie te hanteren is. Dat kan enerzijds door telefonische consultatie en anderzijds met een interventie op de afdeling. Er zijn een aantal klachten die geregeld worden gezien bij jongeren die kampen met chronische psychiatrische problematiek:

- Zelfbeschadigend en suïcidaal gedrag
- Beperkte frustratietolerantie (vanuit boosheid/angst/verdriet/vrolijkheid)
- Somatoforme klachten (m.n. eetproblematiek, somatisatie)
- Claimende presentatie
- Uitval op school
- Vermijding van sociaal-maatschappelijke verantwoordelijkheden en/of ontwikkelingstaken.

Een minderheid van de doelgroep profiteert niet of onvoldoende van het behandel-aanbod van IHT Jeugd en verblijft langdurig op de afdeling. Bij deze groep jongeren is er sprake van zeer ernstige psychiatrische problematiek waarbij acute zorg continu geboden moet worden.

Een gemeenschappelijk kenmerk is dat de mogelijkheden om passend behandelperspectief te vinden in de jeugd-GGZ of jeugdzorg beperkt zijn. Dit vraagt om een bredere verkenning, intensivering van intersectorale aanpak en politiek draagvlak. Bij het schrijven van dit werkboek zijn hiertoe eerste initiatieven genomen.

3.3 Doelstelling en indicaties HIC Jeugd

Een opname op de HIC Jeugd heeft als doel de-escalatie van crisis en toewerken naar stabilisatie van het dagelijks leven. Hierbij wordt rekening gehouden met de mogelijkheden en beperkingen van de jongere en het gezinssysteem. Er zal in

samenspraak met de behandelaren gekeken worden naar wat er nodig is om de ontstane crisis in het gezin te stabiliseren en vaardigheden aan te leren om hierin de toekomst mee om te kunnen gaan.

Hoe heftig de ontstane crisis ook is, een opname op de HIC Jeugd betekent participeren om tot activering te komen. De jongere en het gezinssysteem worden in staat gesteld om met ondersteuning bepaalde patronen te doorbreken en om de onderlinge communicatie te verbeteren.

Opname op de HIC Jeugd betekent intensieve begeleiding aan jongere en gezinssysteem door het multidisciplinaire team. Daarbij is het van belang om door middel van het creëren van regelmaat en een bepaalde mate van voorspelbaarheid te streven naar stabilisatie van het dagelijkse leven. Gedacht kan worden aan herstel van dag- en nachtritme, dag invulling, zelfzorg en creëren van overzicht met betrekking tot alledaagse terugkerende situaties.

Regelmaat wordt op de afdeling gecreëerd door het hanteren van afdelingsafspraken en het aanbieden van een dagstructuur met vaste routines. Dit wordt gezien als de basis van de behandeling, waarbij uiteraard ook gekeken wordt naar individuele mogelijkheden, beperkingen en/of behoeften van de jongere en het gezinssysteem. De afdelingsafspraken hebben als doel zoveel mogelijk normaliseren, uitgaande van omgangswaarden en -normen. In de dagelijkse routine zijn momenten van rust, gezamenlijke drink- en eetmomenten en een individueel behandelaanbod opgenomen.

Indicatie voor opname op de HIC Jeugd

Ondanks het uitgangspunt dat de jongere thuis beter wordt, kunnen er situaties voorkomen waardoor het toch nodig blijkt om een kortdurende opname op de HIC Jeugd vorm te geven. Dit kan wanneer de ambulante behandeling nog niet gestart is of op dat moment even onvoldoende effect heeft voor de jongere en het systeem om zichzelf staande te houden. Deze opname is bedoeld om de stabiliteit en eigen regie binnen het gezin te hervinden waarbij mogelijke schadelijke invloeden van een opname tot een minimum beperkt worden.

De indicaties voor opname zijn wisselend en worden beoordeeld door een team van kinder- en jeugdpsychiater, (GZ-)psycholoog en arts in opleiding tot specialist (AIOS), in samenspraak met de verwijzer en het gezin. Hiervoor is het psychiatrisch toestandsbeeld van de jongere leidend. Het kan ook betekenen dat de ambulante behandeling van een jongere en het systeem tijdelijk geïntensiveerd wordt, bijvoorbeeld door IHT Jeugd aan te bieden op de afdeling. Bij een opname op de HIC Jeugd wordt er samen met het gezin toegewerkt naar een terugkeer naar huis en vervolgbehandeling. Een snelle vervolgbehandeling is hierbij wenselijk waarbij, indien mogelijk, IHT Jeugd een belangrijk onderdeel is van het vervolgaanbod. Door de snelle start, intensieve behandeling en 24 uren bereikbaarheid

kan een klinische opname op de HIC Jeugd doorgaans binnen een paar dagen omgezet worden in een ambulante behandeling via IHT Jeugd.

Contra-indicaties

Een opname op de HIC Jeugd vindt plaats onder bepaalde voorwaarden waarbij de motivatie bij de jongere en/of het systeem wenselijk is. Bij een vrijwillige opname is de aanwezigheid van het systeem ook een belangrijke voorwaarde voor succes. Gebruik van middelen is niet toegestaan op de HIC Jeugd. Ernstige verslavingsproblematiek of bovenliggende gedragsproblematiek zijn contra-indicaties voor opname. LVB-problematiek wordt zo mogelijk doorverwezen naar de specialistische HIC Jeugd LVB van Karakter in Ede.

Typen opnames op een HIC Jeugd:

De HIC Jeugd is integraal verbonden met IHT Jeugd en maakt deel uit van IBC Jeugd. IBC Jeugd biedt crisis, spoed en intensieve zorg: een intensive opname vervangende behandeling (IHT Jeugd) al dan niet i.c.m. een kortdurende opname in de kliniek (HIC Jeugd).

De zeer intensieve behandeling is gericht op de jongere in zijn eigen omgeving. De belangrijkste elementen van IBC Jeugd zijn:

- Gericht op veiligheid van jongere en omgeving: grote intensiteit, altijd beschikbaar. Aanmelding kan 24 uur per dag, indien nodig kan de behandeling binnen 2 uur starten, ook in de nacht of weekend. Buiten kantooruren vormt de HIC Jeugd hierin de centrale positie.
- Kindgericht: diagnostiek, verminderen psychopathologie, aansluiten op ontwikkelmogelijkheden, rekening houden met beperkingen.
- Gezinsgericht: diagnostiek, stabilisatie, structurering, ondersteuning, behandeling van het gezin. Kern van de behandeling is de zeer intensieve thuisbehandeling. Ook bij opname wordt aanwezigheid van een ouder verwacht. Alle behandelbesprekingen vinden plaats in aanwezigheid van jongere én ouders.
- Netwerkgericht: school, familie, buurt, vrije tijd, professionele netwerk (netwerkpartners in de hulpverlening). Het professionele en sociale netwerk van het gezin wordt actief betrokken bij de behandeling. Behandelbesprekingen zijn zoveel mogelijk in aanwezigheid van relevante betrokkenen.

Met kennis van bovenstaande punten is een intensieve behandeling van jongere en gezin in de thuissituatie niet in te denken zonder de faciliteiten van de HIC Jeugd. Hier volgt een uiteenzetting van de verschillende mogelijke opnames op de HIC Jeugd:

- *Klinische interventie bij IHT Jeugd*

Doel: kortdurende opname binnen een tijdspanne van enkele uren tot enkele dagen tot maximaal 2 weken binnen het IHT Jeugd-traject. Deze opname heeft een specifiek doel (bijvoorbeeld: systemische observatie/interventie, instellen op farmacotherapie, ondersteuning van IHT Jeugd-traject in geval van ernstige psychiatrische decompensatie met verhoogd gevaar criterium). Hierbij blijven behandelaren vanuit de IHT Jeugd nauw betrokken en houden zij, in overleg met behandelaren van de HIC Jeugd, de regie binnen behandeling.

- *Verzoek tot specialistische second opinion*

Doel: kortdurende overname met als doel de specifieke (diagnostiek)vraag beantwoorden. Duur varieert van een aantal dagen of 1 week (maximaal 2 weken) en er is een terugkeergarantie naar verwijzer. Na afloop wordt het behandeladvies gedeeld met gezinssysteem en de verwijzer.

- *Verzoek tot specialistische (systemische) observatie*

Doel: kortdurende vrijwillige opname, van een aantal dagen of 1 week (maximaal 2 weken). Hierbij ligt er een specifieke (diagnostiek) vraag en wordt er een behandeladvies naar verwijzer/gezinssysteem gestuurd. Bij indicatie en woonachtig binnen IHT Jeugd-regio zal vervolgbehandeling d.m.v. IHT Jeugd mogelijk zijn.

- *Instellen op complexe farmaceutische behandeling*

Doel: kortdurende vrijwillige opname met als doel: instellen op medicatie. Insteek is om deze opname aan aantal dagen of maximaal 2 weken te laten duren, afhankelijk van de medicatie opbouw/afbouw. Na afloop van opname wordt het (gewijzigde) medicatiebeleid teruggekoppeld naar verwijzer en gaat het gezin weer terug naar verwijzer.

- *Crisisopname binnen vrijwillig kader*

Doel: kortdurende vrijwillige opname om crisis te de-escaleren, variërend van een aantal dagen tot maximaal twee weken. Uitgangspunt is zo snel mogelijk terug naar huis met een duidelijk vervolgtraject. Afhankelijk van woonplaatsbeginsel kan dit IHT Jeugd zijn. Indien dit niet mogelijk is gaat jongere terug naar verwijzer.

- *Opname binnen de Wet Verplichte Geestelijke Gezondheidszorg (Wvggz; crisis-maatregel, zorgmachtiging)*

Doel: een gedwongen opname voor jongeren met gevaarcriteria, woonachtig binnen of buiten de regio, om crisis te de-escaleren. Deze opname valt niet onder de twee-weken regeling, echter is de voorkeur alsnog zo kort mogelijk. Indien de jongere uit een andere regio komt dan gaat hij/zij zo snel als kan terug naar een instelling in diens eigen regio (gastplaatsing). Belangrijk is om hierbij snel helderheid te verschaffen over vervolgtraject.

- *Vrijwillige bed-op-recept (BOR) opname ter voorkoming van crisis*

Doel: vrijwillige opname van een jongere waarbij het gezinssysteem niet actief betrokken wordt, passend binnen ambulante behandeling (geen IHT Jeugd) om

crisis te voorkomen. Deze opname kan maximaal 24-48 uur duren waarna jongere weer naar woonplek terug zal keren. Om gebruik te maken van dit concept is een contract opgesteld tussen jongere en vaste behandelaar binnen ambulante behandeling.

3.4 Multidisciplinair team van een HIC Jeugd

Het team HIC Jeugd maakt integraal onderdeel uit van het IBC Jeugdteam. Om de zorg voor jongere en het gezinssysteem op maat te kunnen leveren heeft de HIC Jeugd een verscheidenheid aan disciplines in huis. Al deze disciplines samen vormen het multidisciplinaire team waarbij een ieder zijn eigen rol, taak en verantwoordelijkheid kent. De disciplines verbonden aan de HIC Jeugd zijn o.a. gebaseerd op de HIC-monitor (www.HIC-psy.nl). De HIC-monitor is beschreven vanuit de volwassenpsychiatrie en heeft als functie om kwaliteit van de implementatie van de HIC te toetsen. De huidige HIC-monitor wordt op dit moment herschreven naar een variant HIC Jeugd.

Het multidisciplinaire team van de HIC Jeugd bestaat uit:

- *Kinder- en jeugdpsychiater*: De HIC Jeugd heeft een vaste kinder- en jeugdpsychiater, dagelijks werkzaam voor de afdeling, die het opnameproces begeleidt en verantwoordelijk is voor de diagnoses en behandeling. De psychiater is elke werkdag minstens een uur aanwezig op de HIC Jeugd (tijdens de ochtendvisite) en daarbuiten op indicatie (gesprekken met gezinnen, overleg, etc.). Bij afwezigheid van de vaste kinder- en jeugdpsychiater is sprake van waarneming door een collega kinder- en jeugdpsychiater.
- *Arts in opleiding tot specialist (AIOS)*: De AIOS werkt onder supervisie van de kinder- en jeugdpsychiater en neemt een rol in bij het opnameproces. Gedurende deze stage (wisseling om de 6 maanden) wordt de verantwoordelijkheid steeds groter en neemt de AIOS meer taken over van de kinder- en jeugdpsychiater.
- *Coördinerend Behandelaar*: Een vaste (GZ-)psycholoog is werkzaam voor de HIC Jeugd. De coördinerend behandelaar is verantwoordelijk voor de coördinatie van de zorg van aanmelding tot ontslag, verantwoordelijk voor de inhoudelijke coaching en aansturing van het team en heeft tot taak een bijdrage te leveren aan verdere inhoudelijke ontwikkeling van de afdeling en kwaliteitsbewaking.
- *Verpleegkundig specialist*: de verpleegkundig specialist monitort de somatische gezondheid van alle jongeren. Dit gebeurt in de vorm van een somatisch onderzoek zo snel mogelijk na start van opname waarbij er een afspraak wordt gemaakt voor bloedonderzoek. Op indicatie wordt de verpleegkundig specialist hierna nog verder ingezet als consult voor het gezin en het team.

- *Sociotherapeuten (verpleegkundigen/social work medewerkers):* sociotherapeuten zijn minimaal HBO-geschoold. Zij werken 24/7 op de afdeling en zijn verantwoordelijk voor de dagelijkse behandeling van alle jongeren en hun gezinssystemen op de afdeling. Een structureel deel van de sociotherapeuten is tevens verpleegkundige. Er wordt door sociotherapeuten gewerkt vanuit het principe van integrale hulp aan gezinnen volgens het uitgangspunt 'één gezin, één plan, één regisseur', waarbij de opvoedvaardigheden van de ouders en de sociale omgeving worden bevorderd. Jongeren en hun ouders worden gecoacht naar zelfredzaamheid (van zorgen voor naar zorgen dat) en er wordt waar mogelijk geïnvesteerd in externe relaties/netwerken. Kerntaken bestaan uit het intensief begeleiden en behandelen van jongeren individueel en in relatie tot het gezinssysteem en waar gewenst ambulant in de gezinsomgeving van de jongere. Er is in de gezinssituaties vaak sprake van complexe psychiatrische (systeem)problematiek. De sociotherapeut kan op casusniveau ook fungeren als procesbegeleider (routebegeleider), waarbij de sociotherapeut in voorkomende situaties (veelal bij langer durende opnames) meer nadrukkelijk betrokken is in de begeleiding en coördinatie van de jongere en het gezinssysteem. De sociotherapeut stelt het (deel)behandelplan op en levert een belangrijke bijdrage aan het integraal behandelplan. Stemt de zorg af onder eindverantwoordelijkheid van de regiebehandelaar en coördinerend behandelaar. Kan behandelonderdelen uitvoeren. Draagt zorg voor een therapeutisch klimaat op de afdeling en intervenieert zo nodig in crisissituaties. Er kan sprake zijn van het verlenen van somatische zorg. Levert input en doet concrete voorstellen voor uitvoering van beleid in het kader van zorgontwikkeling. Coacht professionals op het eigen of lager niveau.
- *Pedagogisch servicemedewerker:*
Draagt zorg voor de continuïteit op de afdeling. Is laagdrempelig aanwezig voor vragen jongere en systeem, faciliteert in daginvulling, aanspreekpunt en monitort het facilitair beheer van de afdeling, huishoudelijke dienst en kookdame. Draagt zorg voor het alledaags operationele proces van de afdeling. Binnen de HIC Jeugd heeft de pedagogisch servicemedewerker een belangrijke positie v.w.b. de servicegerichte cultuur binnen de afdeling. Servicegerichtheid en healing environment geven in belangrijke mate kleur en sfeer aan de afdeling waar jongeren en hun gezin zich welkom moeten voelen
- *Ervaringsdeskundige:*
Draagt bij aan het verminderen van vertragende factoren in proces, bijvoorbeeld weerstand, schaamte, angst. Hoop geven, delen van ervaring en laten zien wat de behandeling heeft gedaan. Vertrouwen winnen, ik sta naast je, je hoeft het niet alleen te doen. Ruimte geven aan emoties, delen van verdriet, teleurstelling en frustraties. Ervaringdeskundigen zijn opgeleid bij Ixta Noa. Ervaringen-

deskundigen zijn minimaal eens per week aanwezig. Ervaringsdeskundigheid heeft ook een plek binnen het team van professionals, waarbij kennis en ervaring niet alleen ingezet wordt op jongeren en hun gezin, maar ook ter ondersteuning van de medewerker als professional.

- *Stagiaires:*

De HIC Jeugd biedt stageplaatsen aan HBO Verpleegkunde studenten (HBO-V), maar wordt ook met enige regelmaat benaderd voor kennismakingsstages vanuit o.a. gemeenten en politieacademie.

- *Kookdame/heer:*

Draagt zorg voor de inkoop van alle maaltijden en kookt dagelijks op de afdeling een versbereide maaltijd, Deze voorziening is extern ingekocht.

3.5 Theoretische achtergrond

De HIC Jeugd richt zich, net als het gehele IBC Jeugd, op jongeren van 12 tot 18 jaar, dat wil zeggen op individuen in een specifieke ontwikkelingsfase van hun leven: de adolescentiefase. Deze levensfase wordt gekenmerkt door een aantal veranderprocessen en ontwikkelingstaken. In grote lijnen zijn dat: de lichamelijke rijping van kind tot jongvolwassene, een intensieve voortzetting van de identiteitsontwikkeling en van het socialisatieproces met leeftijdsgenoten en een voortschrijdend verzelfstandigingsproces, idealiter met behoud van de relatie met en affectie voor de ouders. Al deze lichamelijke, psychologische en sociale veranderingen brengen bij een gezond beloop een verbreding en verdieping van het leven met zich mee.

De adolescentie is echter ook de periode waarin symptomen van (mogelijk blijvende) ernstige psychiatrische stoornissen zichtbaar worden, alsmede de problemen en beperkingen in het functioneren die daarmee samenhangen en de genoemde verdieping en verbreding van het leven bemoeilijken. Dit zijn alle factoren waarmee expliciet rekening gehouden moet worden bij de keuze van de methodiek van interventies bij jongeren.

In het algemeen is het belangrijk alleen dan te besluiten om over te gaan tot een klinische opname op een gesloten opname afdeling jeugdpsychiatrie wanneer daarvoor een heel duidelijke indicatie bestaat: alleen wanneer het 'moet' omdat er geen minder ingrijpende alternatieven meer zijn om het directe gevaar te verminderen. Regelmatig zal het voorkomen dat deze toetsing reeds formeel is uitgevoerd en jongeren onvrijwillig, dat wil zeggen met een juridische maatregel (crisismaatregel of zorgmachtiging) opgenomen moeten worden. Voor een uitgebreider overzicht van de indicaties voor klinische opname op de HIC Jeugd verwijzen wij naar de eerdere paragraaf 3.3.

Wat zijn de doelen bij opname van jongeren op de HIC Jeugd?

Bij opname en behandeling van een jongere op de HIC Jeugd stellen wij als belangrijkste doel dat de jongere in een conditie komt waarmee functioneren in de eigen leefomgeving weer mogelijk is, meestal met intensieve behandeling en/of ondersteuning thuis.

Dit hoofddoel wordt opgesplitst in deeldoelen, die een individuele verwoording krijgen specifiek voor de opgenomen jongere. Veelal hebben deze deeldoelen als algemene basis:

- *Het tot stand brengen van contact en samenwerking*, zodat de opname in vrijwillig kader kan worden voortgezet;
- *Het verminderen van de mate van crisis* door het verminderen van het gevaar voor de jongere zelf en/of voor anderen. Vaak gaat het hierbij om zelfbeschadigend gedrag, ook in de vorm van suïcide intentie en om agressie. Met regelmaat is voor vermindering van deze gevaren tijdelijk de inzet van extern beschermende maatregelen en middelen nodig;
- *Nadere stabilisatie* door intensieve behandeling van de psychiatrische aandoening, zo nodig van een somatische ziekte;
- *Het verbeteren van de communicatie*, de kwaliteit van het contact tussen de jongere en de belangrijkste directbetrokkenen, meestal de ouders;
- *Het onderzoeken en zo mogelijk creëren van perspectieven voor vervolgbehandeling*, zodat er ook passende zorg na opname is;
- *Verfijning van diagnostiek*, kan incidenteel nodig zijn om een passende (vervolg) behandeling te indiceren.

Uiteraard is het streven van behandelaren om de positieve effecten van een interventie, hier een klinische opname op de HIC Jeugd, zo groot mogelijk te laten zijn en de negatieve effecten zo klein mogelijk. Inmiddels is er heel wat onderbouwing voorhanden voor schadelijke effecten die een klinische opname op een jeugdpsychiatrische afdeling kan hebben.

Het gaat hierbij vooral om:

- afname of zelfs verlies van het gevoel van autonomie, het gevoel “overruled” te worden ten aanzien van basale menselijke vrijheden zoals naar buiten gaan en kiezen wie je ontmoet;
- hiermee samenhangend een toename van het gevoel voor veel zaken afhankelijk te zijn van anderen, ook ten aanzien van het eigen herstel;
- de noodzaak om door middel van opname en andere externe maatregelen bescherming te bieden tegen het gevaar, kan voor jongere de motivatie om weer verantwoordelijkheid te nemen voor de eigen bescherming verkleinen en passiviteit bevorderen;
- de mogelijkheid van beïnvloeding van jongeren door situaties met en gedragingen

van andere jongeren op de afdeling, ook al vinden interventies plaats in individuele contacten en niet in de groep;

- het afnemen van de mogelijkheden om deel te nemen aan bezigheden met een gezonde invloed, zoals naar school gaan en helpende vrienden ontmoeten;
- de moeilijkheden die na een periode van afwezigheid of zelfs “onzichtbaar zijn” gedurende de psychiatrische opname, optreden bij het hervatten van activiteiten: meedoen in het gezin, op school, in de vrienden- en familiekring, in de bijbaan.

Klinische opnames voor jongeren op de HIC Jeugd moeten dus enerzijds zo lang duren als nodig om gevaar te verminderen en voldoende te stabiliseren, anderzijds zo kort als mogelijk vanwege de wenselijkheid dat jongeren weer zo vlot als haalbaar is, gaan functioneren in de eigen leefomgeving.

Welke methoden worden toegepast om deze opnamedoelen te bereiken?

Met de jongeren werkend aan de genoemde HIC Jeugd-opnamedoelen is er in de loop der jaren een praktisch vormgegeven integratie van verschillende behandelmethodieken tot stand gekomen. Hierbij zijn de oorspronkelijk gekozen methodieken zeer duidelijk herkenbaar gebleven, ook omdat deze hun beslag kregen in een veelheid aan visiedocumenten en goed beschreven werkwijzen.

In hoofdstuk 1 van dit werkboek zijn reeds de methodische kaders benoemd en nader beschreven, van waaruit IBC Jeugd, dus tevens de HIC Jeugd werkt om de behandel- en opnamedoelen te bereiken: vanaf de prille start van het IBC Jeugd is een oplossingsgerichte en systeemtherapeutische aanpak als overkoepelend kader gekozen. Deze methodieken zijn bewezen effectief en daarbij transdiagnostisch, dat wil zeggen de werkzaamheid hangt niet af van de psychiatrische stoornis(sen) die jongere heeft. Binnen de HIC Jeugd speelt echter een derde component ook een belangrijke rol, de medisch-psychiatrische benadering. Wij voegen daarom dit derde methodisch kader toe.

1. De oplossingsgerichte therapeutische benadering

Deze kenmerkt zich door samen met de jongere op een positieve manier concrete en haalbare doelen te formuleren; te onderzoeken wat eerder werkzaam is gebleken en de kennis hieromtrent te gebruiken in met jongere samen te bedenken oplossingsrichtingen. Door gericht aandacht te besteden aan wat er wel goed gaat en aan de hanteringsvaardigheden (“copingvaardigheden”) van de jongere worden de motivatie voor verandering, het vertrouwen in de eigen kracht en in de mogelijkheid om te gaan veranderen versterkt. De jongere is de expert en vindt zelf oplossingen. Daardoor passen ze bij hem en zijn leefsituatie en zijn de veranderingen bestendig.

De oplossingsgerichte therapie maakt gebruik van schaalvragen, dit is ook voor de op de HIC Jeugd opgenomen jongeren een heel bruikbare manier om situaties te verduidelijken. Voor zowel jongeren als behandelaars helpt het gebruik van meetschalen om effecten van interventies te kwantificeren en de progressie van de behandeling zichtbaar te maken. De oplossingsgerichte benadering combineert een empathische grondhouding van de behandelaars richting de jongere met een focus op verandering.

De oplossingsgerichte manier van werken komt in de zorg en behandeling op de HIC Jeugd duidelijk naar voren bij opnamegesprekken, signaleringsplan-gesprekken, de ochtendvisite, maar niet alleen dan: in de loop der jaren is de werkwijze in nagenoeg alle werkprocessen tot stand gekomen.

2. De systeemtherapeutische benadering

Deze is gebaseerd op het uitgangspunt dat indien in een systeem (gezin, partnerrelatie, team, etc.) een van de leden van het systeem een probleem heeft, het gehele systeem ontwricht is of ontwricht wordt. Een hiermee samenhangend uitgangspunt behelst de aanname dat er veel kennis over het probleem en mogelijke verzachting of oplossing daarvan binnen het systeem bestaat, waardoor het niet mogelijk geacht wordt om de jongere als enige in het systeem te laten veranderen, zonder dat anderen meegaan in die verandering.

Gezien de leeftijd en leefsituatie van jongeren die op de HIC Jeugd worden opgenomen, achten wij samenwerking met (meestal) de ouders en/of andere naasten uit het primaire systeem zo belangrijk dat we hen mee opnemen op de afdeling; dit is in het overgrote deel van de opnames zelfs een voorwaarde voor verandering.

Hiervoor is een veelheid aan redenen aan te voeren:

- Ouders en andere gezinsleden zijn een belangrijke informatiebron omtrent (het beloop van) ziektesymptomen.
- Door de aanwezigheid van ouders op de afdeling kunnen vaste gezinsinteractiepatronen die hebben bijgedragen aan het ontstaan van de actuele crisissituatie, snel zichtbaar worden.
- Ouders hebben veel kennis omtrent wat eerder wel en niet gewerkt heeft bij de jongere, en daardoor zicht op mogelijke oplossingsrichtingen.
- Het is van belang ook bij ouders, als eerste opvoeders en verantwoordelijken, kennis over en begrip van de psychiatrische symptomen te vergroten, en hen te betrekken bij de behandeling daarvan. In voorkomende gevallen dragen zij hiervoor ook een concrete verantwoordelijkheid in de thuissituatie, bijvoorbeeld bij het aanbieden van medicatie.

- Door aanwezig te zijn worden ouders niet alleen nauw betrokken bij verandingsprocessen van de jongere en van de onderlinge relatie, maar kunnen er ook actief in participeren.

Hoewel er binnen een HIC Jeugd-opname ook samenwerking tot stand komt met verdere familieleden en mentoren/docenten van de eigen school, krijgt dit een prominentere plaats binnen de vervolgbehandeling bij het IBC Jeugd door IHT Jeugd, dan wel binnen vervolgbehandeling buiten IBC Jeugd.

3. De medisch-psychiatrische benadering

Deze is bij een klinische opname op een jeugdpsychiatrische afdeling vaak actueel. Er worden namelijk regelmatig jongeren opgenomen waarbij sprake is van ernstige somatische symptomatologie. Het gaat dan met name om ernstige somatisch onvoldoende verklaarbare klachten en om anorexia nervosa met ernstige voedingsweigering. Daarnaast hebben jongeren die op de HIC Jeugd worden opgenomen regelmatig somatische aandoeningen die niet samenhangen met de psychiatrische stoornissen, maar die wel aandacht behoeven, zoals astma, allergieën, diabetes mellitus.

Voor deze jongeren is het belangrijk om binnen de afdeling zelf adequate somatische zorg te ontvangen. Vanwege de combinatie van somatische en psychiatrische problematiek noemen we dit medisch-psychiatrische zorg. De medisch-psychiatrische component behelst o.a. lichamelijk onderzoek, aanvullend laboratoriumonderzoek, gecombineerd met psychiatrische diagnostiek om te komen tot een geïntegreerd diagnostisch beeld. Ook het indiceren van medicamenteuze behandeling en van medisch-specialistische consulten hoort hierbij.

Ten behoeve van op de HIC Jeugd opgenomen jongeren bestaat er een samenwerking met enkele vaste algemeen kinderartsen van het Amalia Kinderziekenhuis als onderdeel van het Radboudumc. Dit behelst zowel een laagdrempelige telefonische kindergeneeskundige consultatie, als op indicatie een poliklinische kindergeneeskundige beoordeling: lichamelijk onderzoek en aanvullende diagnostiek. Andere medisch specialistische consultvragen (kinderneurologie, chirurgie, dermatologie) komen regulier terecht bij de hiervoor actueel dienstdoenden in het Radboudumc.

Overige methodieken en technieken

Voor een aantal specifieke situaties worden er aanvullende methodieken en technieken toegepast. Een aantal op de voorgrond staande voorbeelden hiervan:

- *Competentiegericht Werken*: Methodieken vanuit Competentiegericht Werken worden toegepast voor individuele jongere, maar ook op teamniveau. Indien in de professionele competentieanalyse van een sociotherapeut *specifieke ervaringsdeskundigheid* naar voren komt, kan deze deskundigheid bewust benut worden in psycho-educatieve en motiverende gesprekscontacten met opgenomen jongeren.
- *Five Steps methode*: (Fysieke) agressie komt met enige regelmaat voor binnen een psychiatrische setting, vooral op een klinische opnameafdeling zoals de HIC Jeugd. Dit vraagt vaardigheden van medewerkers, o.a. om opkomende agressie tijdig te herkennen en deze door toepassing van benaderings- en gesprekstechnieken te laten afnemen (de-escalatie). Indien dit niet (meer) mogelijk is, zijn fysieke technieken nodig om de agressie te kunnen hanteren. De Karakter academie traint medewerkers hierin met behulp van de Five Steps methode, voor hanteren van (fysieke) agressie.
- *Moreel beraad*: Het werken met de op de HIC Jeugd opgenomen jongeren roept, gezien de ernst van hun aandoeningen en de risico's die daarmee gepaard gaan, niet zelden ethische overwegingen en ethische dilemma's op bij betrokken professionals. De kunst is om deze goed te herkennen. Het houden van een moreel beraad over de voorliggende ethische dilemma's van de betrokken hulpverlener(s) is een constructieve manier om inhoud te geven aan professionele verantwoordelijkheid. Een moreel beraad is een gestructureerd, vertrouwelijk onderzoeksgesprek tussen betrokken professionals omtrent voorliggende ethische dilemma's, met een formele gespreksleider. Karakter heeft hiervoor een nog niet geformaliseerde samenwerking met de vakgroep Medische Ethiek van de Radboud Universiteit Nijmegen. Inmiddels is er enige ervaring met actieve participatie van ouders in het moreel beraad. Deze kwam tot stand vanuit de overkoepelende systemische werkwijze van de HIC Jeugd en werd ervaren als bevorderlijk voor de transparantie van de samenwerking met jongere en ouders.

3.6 De HIC Jeugd als klinische voorziening

De HIC Jeugd is gericht op een zo spoedig mogelijk herstel van het normale leven, waarbij geen klinische opname meer nodig is. Hierin ligt het accent op zelfregie bij jongere en ouder. Hierin spelen onderwerpen als de fysieke bouw en inrichting van de afdeling, maar ook de voeding (inzet kookdame/-heer), comfort-room, laagdrempelige bereikbaarheid van de professional, alsook de handhaving van zelfstandigheid en autonomie van de jongere een rol. Het individu-gerichte

dagprogramma biedt een structuur die voor regelmaat op de afdeling moet zorgen, echter op ieder onderdeel kan sprake zijn van een afwijking op basis van individuele afspraken met jongere en/of ouders.

Fysieke inrichting van de afdeling

De HIC Jeugd is een gesloten afdeling bestaande uit een high care (HC), een intensive care (IC) en een extra beschermende kamer (EBK). De HIC Jeugd bestaat uit 8 kamers waarvan er 5 gesitueerd zijn op de HC en 3 op de IC. Zowel de HC als de IC beschikken over eigen faciliteiten zoals een woonkamer, eetkamer, toilet en badkamers die worden gedeeld met andere jongeren en hun systeem. Deze worden van elkaar gescheiden door de open zorgbalie, waarachter de sociotherapeuten hun administratieve werkzaamheden kunnen verrichten.

Een opname op de HIC Jeugd vindt plaats op vrijwillige basis, alsook in gedwongen kader (Wvggz). In tijd kan een opname variëren van een aantal uur tot maximaal 2 weken (tenzij gedwongen opname, dan vervalt het 2-weken kader). Bij een opname op de HIC Jeugd en het herstel naar het normale leven speelt zelfregie en het netwerk, zoals ouders/familie/vrienden of school een zeer belangrijke rol. De HIC Jeugd is een 24-uurs voorziening en daardoor makkelijk bereikbaar voor familie en professionals. De jongere en het systeem krijgt zoveel mogelijk contact aangeboden aansluitend op de behoeften en mogelijkheden.

De continue fysieke aanwezigheid van sociotherapeuten op de HC en IC, is een basis uitgangspunt van de HIC Jeugd. Hierdoor is de sociotherapeuten laagdrempelig voor jongeren en hun ouders op beide afdelingen bereikbaar. Administratieve zaken worden door sociotherapeuten uitgevoerd aan de zorgbalie waarbij zij toegankelijk blijven voor jongeren en hun ouders en tegelijkertijd op beide afdelingen overzicht kan worden gehouden. Het contact met jongeren en hun naasten staat centraal in de gehele behandeling. Er wordt bij voorkeur met jongere en betrokkenen gepraat. Dit is de basis voor het samenwerken in de herstelondersteunende zorg, de open balie levert hier een belangrijke bijdrage aan.

Voor het voeren van privacygevoelige gesprekken wordt gebruik gemaakt van de multifunctionele ruimte, Deze ruimte is inzetbaar voor zowel jongeren als sociotherapeuten. Men vindt hier faciliteiten om basale dagelijkse activiteiten te ondersteunen, zoals computers waar men gebruik van kan maken. Daarnaast worden deze ruimte gebruikt voor het voeren van gesprekken en de dienstoverdrachten.

De zorgpost heeft een multifunctionele betekenis. De ruimte is eveneens multi-inzetbaar, maar dient vooral als ruimte waar alle apparatuur (paggers, uitluister-

systeem en communicatiemiddelen t.b.v. de EBK) aanwezig zijn. Bovendien dient deze ruimte als observatiepost voor de EBK. Hieraan ten grondslag ligt de gedachte van geen eenzame opsluiting meer. Binnen de EBK blijft de regie zoveel mogelijk in handen van de jongere, door gebruik van de mediazuil en door aanwezigheid van een medewerker in de zorgpost blijft de 24/7 face to face contact gewaarborgd.

Daarnaast biedt de zorgpost ook de mogelijkheid voor de professionals voor kort overleg, privacygevoelige telefoontjes te plegen, of een kort moment van evaluatie of delen van emoties. De zorgpost wordt niet gebruikt als vergaderruimte waardoor hulpverleners laagdrempelig benaderbaar blijven voor jongere en gezin.

De IC is een specifiek op maat ingerichte veilige ruimte waar de jongere de intensieve zorg geboden wordt die hij/zij nodig heeft, wanneer er behoefte is aan meer rust, veiligheid, regelmaat, structuur, individuele begeleiding en minder prikkels. Naast de deur van de IC-kamers bevindt zich een raam met privacy-glas, zodat bij nachtelijke controle de jongere zo min mogelijk in de slaap gestoord wordt.

De slaapkamers op zowel de HC als de IC zijn eenvoudig ingericht. De IC-kamers zijn meer molestbestendig en bieden meer veiligheid dan de HC-kamers. Zo zijn de bedlampjes ingebouwd, zijn de gordijnen met klittenband bevestigd in plaats van met haakjes.

Vanuit het principe healing environment zijn de slaapkamers ingericht op de autonomie en privacy van de jongere. Zo heeft de jongere beschikking over een afsluitbare kamer, bediening van ventilatie, verlichting en stroom- en watergebruik. Indien nodig kan ervoor gekozen worden om deze autonomie te overrulen als ondersteuning bij reductie dwanghandelingen of vergroten van de veiligheid.

Daarnaast bevindt zich op de IC een Bed-Op-Recept (BOR) kamer. De BOR-regeling kan een onderdeel zijn van een behandelplan vanuit de polikliniek, waarbij de jongere bij toenemende spanning gedurende maximaal 2x 24 uur gebruik kan maken van een BOR-bed.

Deze regeling heeft als doel:

- voorkomen van crisis
- langdurige opname te vermijden
- de opgelopen spanning te laten afnemen
- ontlasten van de thuissituatie

Een BOR-regeling is vooral bedoeld voor de periode na een opname of tijdens een poliklinische of deeltijdbehandeling, wanneer jongeren of hun ouder(s)/

verzorger(s) gedurende een korte periode behoefte hebben aan hulp bij toegenomen spanning. Voor een optimaal effect dient de BOR zo laagdrempelig mogelijk te zijn en het team zo min mogelijk te belasten. Eventueel kan de BOR-regeling ook worden ingezet voor jongeren van samenwerkende organisaties. Met deze regeling kunnen we het aanbod van zorg op maat vergroten.

Extra Beschermende Kamer (EBK)

HIC Jeugd probeert insluiting te voorkomen. Het uitgangspunt van de EBK is het 'uitbannen van eenzame insluiting van jongeren'. Indien insluiting onvermijdelijk is ten gevolge van psychiatrische crisis, dan is het streven de situatie zo kort mogelijk te laten duren, met minimale belasting en gevoelschade voor de jongere en omgeving.

Wanneer een jongere agressief is, in de war, bij ernstige zelfbeschadiging of zichzelf blijft trachten te suïcidieren kan er gekozen worden voor een plaatsing in de EBK. De EBK wordt ingezet als begeleiding op de IC niet meer uit te voeren is en de jongere een acuut gevaar is voor zichzelf of anderen. Het gaat hier om een psychiatrische crisis en nooit als een strafmaatregel.

In de EBK blijft de regie zoveel mogelijk bij de jongere. Op deze manier wordt de autonomie en zelfredzaamheid gestimuleerd. Bovendien wil de HIC Jeugd een zo comfortabel mogelijk verblijf faciliteren. Deze fysieke vrijheidsbeperking moet plaatsvinden in een omgeving die niet alleen veilig is, maar die voornamelijk humaan en respectvol is. Zo heeft de jongere beschikking tot een mediazuil waar gebruik van media op maat kan worden aangeboden. De jongere heeft zo inzicht in tijd, dagprogramma en de mogelijkheid contact te zoeken met gebruik van de mediazuil. En als de situatie het toelaat heeft de jongere bij voorkeur vrij gebruik van drinkwater en sanitair. Er is de mogelijkheid voor 24/7 face-to-face-contact met een voor de jongere een bekende of vertrouwde persoon (ouders/verzorgers). Zij kunnen belangrijke emotionele ondersteuning bieden in de vorm van een troostende arm, continue bereikbaarheid of verzorging. Ouders/verzorgers kunnen met deze reden in overleg bij de jongere in de EBK verblijven.

Bij insluiting in de EBK:

- worden minimaal twee sociotherapeuten ingezet, bij hevig verzet wordt meer personeel betrokken om zo lichamelijk letsel te voorkomen en de procedure vlot te kunnen uitvoeren, zodat de jongere zo weinig mogelijk last hiervan ervaart. En is er minimaal elke 30 minuten contact.
- wordt er zo nodig gekozen om te fouilleren.
- wordt zo nodig uit zorg scheurkleding ingezet zodat de mogelijkheid tot zelfbeschadiging beperkt wordt.

- wordt de mediazuil geactiveerd, zodat de jongere deze kan inzetten om overzicht te krijgen over tijd en afspraken, om tot rust te komen of contact te leggen.
- is insluiting altijd zo kort mogelijk en als kan met begeleiding van ouders.

Verder geldt:

- Met jongeren die een langere tijd verblijven in de EBK, door ernstige verwardheid, uiting van agressie of een aanhoudende suïcidewens met aanhoudende concrete handelingen, wordt een dagschema opgesteld passend bij wat de jongere aan kan.
- Elke dag wordt de jongere bezocht door een psychiater om noodzaak van de EBK te evalueren en de gesteldheid van de jongere te onderzoeken.
- Wanneer de jongere de EBK verlaat wordt er in gesprek met hem de tijd in de EBK geëvalueerd en verwerkt in het dossier. Vervolgens wordt de EBK weer schoon en klaar gemaakt voor het volgende bezoek. In de EBK zijn twee scheurdekens, een kussen, scheurkleding, een po en bekers water aanwezig.

Comfort-room

De comfort-room is een speciaal ingerichte ruimte waar jongeren en hun begeleider zich terug kunnen trekken als ze zich onrustig, verdrietig, boos of angstig voelen, of om zich even terug te trekken uit de hectiek van de afdeling, met als doel terug te komen in je comfortzone. Dit mag alleen of onder begeleiding maar altijd na overleg met sociotherapeut en ouders.

In de comfortroom worden zintuigen aangenaam geprikkeld door kleuren, geluiden, en inrichting. Er zijn zitzakken aanwezig, alsook een gemakkelijke stoel, een kleurenlamp en verder, stressballetjes en ander materiaal om spanning te reduceren. Tevens kan daar gebruik gemaakt worden van de Mind Wave Daydream, een interactief spel dat meditatiekracht meet middels een headset en via beeld direct feedback geeft. Het beeld is bij aanvang een landschap in de winter, naarmate men meer ontspant verandert het beeld naar de zomer en verschijnen er dieren. Elke verandering in spanning wordt direct zichtbaar door dwarrelende blaadjes, een doorbrekende zon of verandering van seizoen. Door het spel te spelen wordt de jongere gestimuleerd gedachten te verzetten en door de directe feedback daagt het de jongere uit door te gaan en geeft het tegelijkertijd ook inzicht in wat spanning brengt.

3.7 Methodische begeleiding tijdens opname HIC Jeugd

In deze paragraaf wordt ingegaan op hoe de methodische behandeling tot stand komt en hoe dit proces voortdurend wordt bijgesteld. Dat hangt nauw samen met reflectie op inzet en handelen van betrokken behandelaren. In ieder geval wordt er rekening met elkaar gehouden en op een respectvolle manier met elkaar omgegaan. Bedenk hoe je zelf graag behandeld wilt worden en doe zo ook naar een ander. Dit maakt het samen leven mogelijk en maakt de samenwerking zo prettig als mogelijk.

Gastvrij en servicegericht werken vanuit de HIC

De HIC Jeugd is gericht op servicegericht en gastvrij werken naar jongeren en ouders en betrokkenen. We zijn van mening, onderbouwd door de *5-steps methodiek* (Training Triffier, 2014), dat de eerste 5 minuten van het eerste contact op de afdeling cruciaal zijn voor het verloop en succes van de opname. Het non-verbaal gedrag en handelingen van de professionals in de eerste 5 minuten hebben veel invloed op de kwaliteit van het verdere contact. De wijze waarop professionals contact maken met de jongere kan als maatgevend gezien worden voor de rest van het contact. Voor jongeren en ouders is het van belang om in deze fase de werkwijze van de professionals uit te leggen.

De werkwijze van de HIC Jeugd is dat er bij de opname ruim aandacht besteed wordt aan:

- voorbereiding op de opname door hulpverleners (informatiepakket, koffie/thee, schone kamer, enz.)
- de ontvangst van de jongere en zijn gezin
- de introductie van de jongere en zijn gezin op de afdeling (rondleiding en kennismaking)
- regelzaken (praktische taken)

Deze aspecten leveren een essentiële bijdrage aan het zich welkom voelen op de afdeling.

De HIC Jeugd streeft er voortdurend naar om jongeren en hun ouders zich welkom te laten voelen. De servicegerichtheid vanuit de HIC Jeugd blijkt niet alleen uit een `welkomstpakketje` maar ook uit de beschikbaarheid en bereikbaarheid van de behandelaren voor jongeren en ouders. Daarbij hanteren we o.a. de volgende uitgangspunten waarmee we onze visie wensen uit te stralen:

- Openheid en transparantie. Bij opname communiceren we open en transparant over wederzijdse verwachtingen. We dragen zorg voor een behandelplan binnen 24 uur. Door middel van de ochtendvisite blijven we in gesprek over de

voortgang van de doelen. Met de aanwezigheid van sociotherapeuten begeleiden we op systemische wijze.

- Er is een balie op de afdeling waar altijd iemand aanspreekbaar is voor jongere en gezin.
- Het recht op te groeien in een sociale context. We vinden het belangrijk dat het netwerk van de jongeren zich welkom voelt binnen de HIC Jeugd.
- Respectvol naar jongeren en ouders en hun cultuur. Binnen de HIC Jeugd zijn we servicegericht naar de verschillende culturen en religie. Vanuit dit perspectief wordt er rekening gehouden met persoonlijke behoeften en wensen.
- Ouders voelen vrijheid middels de beschikking over een eigen druppel-sleutel van de afdeling, waardoor ouders vrij kunnen bewegen van en naar de afdeling.
- Door gebruik te maken van lichte en open ruimtes ervaren ouders en de jongere een gastvrij verblijf.
- We bieden een warme maaltijd die elke dag vers op de afdeling wordt bereid.

Het service en gastvrij gericht werken vanuit de visie van de HIC Jeugd is een continu proces waarbij we, binnen onze mogelijkheden, zoveel mogelijk tegemoetkomen aan de levenswijze van de jongeren en hun ouders/netwerk.

Zorgafstemmingsgesprek

Direct bij opname vindt een zorgafstemmingsgesprek (ZAG) plaats. Een ZAG heeft tot doel om gezamenlijkheid te creëren m.b.t. de aanwezige problematiek (diagnose), aanpak (behandeling) en verwachtingen omtrent de opname.

In geval van acute gedwongen opname (crisismaatregel)

Ook wanneer een jongere wordt opgenomen middels een crisismaatregel gelden bovenstaande principes. Wanneer er bij een jongere sprake is van (verhoogd risico op) fysieke agressie naar zichzelf of anderen toe en een crisismaatregel is afgegeven, wordt de jongere (meestal) met de ambulance gebracht. De ambulance belt wanneer ze wegrijden vanaf de plek waar de jongere zich bevindt. Daarop controleert de sociotherapeut de EBK en de IC-kamer of alles aanwezig is.

Bij aankomst vraagt de sociotherapeut aan het ambulancepersoneel naar bijzonderheden over de rit en of de jongere (extra/sederende) medicatie heeft ontvangen. Indien de jongere gesedeerd is c.q. niet vrijwillig mee naar binnen loopt, wordt op de IC bepaald of de jongere op de IC-unit kan blijven, of via de triageruimte naar de voorruimte van de EBK wordt gebracht. Dit is geheel afhankelijk van het toestandsbeeld van de jongere, met inachtneming van steeds een zo humaan mogelijk beleid. Bij de opname is altijd een kinder- en jeugdpsychiater aanwezig voor een eerste beoordeling. Zo mogelijk vindt er een opnamegesprek plaatsvindt. Wanneer dit niet mogelijk is wordt dit doorgeschoven

naar een later moment. Het is ook of zelfs juist bij een crisismaatregel gewenst dat een ouder aanwezig is.

In het geval dat de jongere voldoende in afstemming is met de sociotherapeut zal het opname gesprek in principe plaats vinden in de IC. Tijdens dit gesprek zal er beoordeeld worden of een kamer op de IC of HC is geïndiceerd of er anderszins gegronde redenen zijn voor opname in de EBK.

Behandelplan

Binnen 24-48 uur na opname wordt er door de behandelcoördinator i.s.m. de kinderen en jeugdpsychiater een behandelplan opgesteld.

Hierin staan vermeld:

- De belangrijkste persoonsgegevens
- De reden van de opname
- Medicatie en somatiek
- De beschrijvende diagnose en de DSM-classificatie
- De doelen van opname
- De verwachte opnameduur

Ook worden de afspraken vermeld ten aanzien van:

- de veiligheid van de jongere
- op welke wijze ouders betrokken zijn tijdens de opname
- Rol van de verwijzer tijdens en na de opname
- Eventueel benoemen van inzetten van dwangbehandeling

Lichamelijke screening

Een somatische screening wordt in de eerste dagen van opname uitgevoerd. Tevens wordt een bloedonderzoek aangevraagd en zijn de laboratoriumuitslagen in de week na aanvraag bekend. Bij spoed worden uitslagen nog dezelfde dag bekend gemaakt. Somatische screening wordt ingezet om klinische afwijkingen uit te sluiten. Een somatische screening kan leiden tot een doorverwijzing naar een specialist, veranderen van medicatie of voorlichting over een gezonde levensstijl.

Signaleringsgesprek

Samen met de jongeren en het gezin wordt de spanningsopbouw door middel van een signaleringsplan inzichtelijk gemaakt. Daarin worden triggers, signalen en acties voor jongere en/of gezinsleden uitgeschreven. Dat gebeurt zo snel mogelijk na opname. Jongere en ouder worden uitgenodigd door een sociotherapeut waarna ze in gesprek gaan met als leidraad het format. Dagelijks wordt het signalerings-

plan besproken als programmaonderdeel van de dagstructuur. Dan wordt aangevuld en situaties worden nabesproken met zoveel mogelijk de ouders erbij.

Ochtendvisite

Elke werkdag vindt er in de ochtend een ochtendvisite plaats op onze afdeling. De ochtendvisite vindt plaats op de slaapkamer van de jongere. Vanuit onze visie is het van belang dat ouders aanwezig zijn. Als dit niet face to face is, wordt er telefonisch contact gelegd. Tijdens de ochtendvisite zal de sociotherapeut van de vroege dienst samen met de psychiater, AIOS en coördinerend behandelaar langs gaan bij de jongeren. Omdat Karakter de status van een academisch ziekenhuis heeft zullen daarnaast geregeld opleidingen bij de ochtendvisite aanwezig zijn. De sociotherapeut is leidend tijdens de ochtendvisite. Hij of zij heeft de rol van voorzitter, notuleert en registreert.

Belangrijk uitgangspunt van de HIC Jeugd is dat het herstel van de jongere een gezamenlijke verantwoordelijkheid is van jongere, naastbetrokkenen en hulpverleners. Dit betekent dat er dagelijks ruimte moet zijn om met elkaar in gesprek te kunnen over onderwerpen die aandacht en verder beleid behoeven. Daarnaast is wenselijk dat een op de HIC Jeugd opgenomen jongere tijdens werkdagen dagelijks gezien wordt door de kinder- en jeugdpsychiater of diens waarnemer.

Met de ochtendvisite bestaat de mogelijkheid om jongeren niet alleen dagelijks te spreken, maar om ook meteen met ouders en team gezamenlijk in overleg te gaan. Wij richten ons op m.n. de afgelopen 24 uur, de komende 24 uur en de te behalen resultaten. De insteek is daarbij steeds dat we niet 'over' maar 'mét' jongeren en hun naastbetrokkenen spreken.

Vast agendapunt van de ochtendvisite is de dagelijkse inventarisatie van stand van zaken, met aandacht voor positieve ontwikkelingen en aandacht voor ontwikkelingen die gericht beleid nodig hebben. Aan bod komen: bijzonderheden dag ervoor, slapen, stemming, medicatie/lichamelijke gesteldheid, bijzonderheden komende dag en perspectief. Ook is er aandacht voor motivatie en ondersteuning van het systeem om ouders en jongeren een actieve rol te laten spelen in het hulpverleningsproces om de crisis te doorbreken. Last but not least is er dagelijkse aandacht voor de ontslagdatum en het resultaat van behandeling, dat op die datum bereikt moet zijn.

Voor- en nabespreken van activiteiten/ouderparticipatie

In de behandeling nemen ouders een belangrijke positie in met betrekking tot het komen van verandering. De aanwezigheid van ouders en het gezamenlijk formuleren en werken aan behandeldoelen is daarbij ondersteunend aan een kortere opnameduur en geeft minder agressie-incidentmeldingen van de afdeling.

Ouders zijn bij voorkeur zo vaak mogelijk aanwezig en nemen een deel van de aansturing van hun kind op zich. Bij een opname is er een verplichting dat 1 ouder de eerste 2 nachten blijft slapen om zo de jongere te steunen. Op de HIC Jeugd is er voor ouders veel aandacht in bewustwording en advies door middel van gezinsgesprekken en evaluaties. Met behulp van sociotherapeuten pakken ouders regie terug en voelen zij zich pedagogisch sterker. Ouders zijn op hun beurt deskundige van de jongere en zo kunnen zij medewerkers helpen de jongere te leren kennen.

Een belangrijk doel is het bereiken van eenduidigheid met ouders over hun rol in de behandeling. Er wordt op de HIC Jeugd veel interactioneel/systemisch bepaald gedrag gezien, ook al is er ook sprake van psychiatrische problematiek in engere zin. Daarom is het belangrijk om veel met ouders te kunnen overleggen, afstemmen en om ook hen goed te kunnen ondersteunen.

Competentieanalyse en netwerkanalyse

Tijdens de opname op de HIC Jeugd wordt samen met het gezin het perspectief bepaald. Als duidelijk wordt dat een jongere verder gaat met een IHT Jeugd-traject binnen IBC Jeugd wordt er door de HIC Jeugd-medewerkers voorwerk gedaan om de overgang naar IHT Jeugd soepeler te laten verlopen. Hierin zijn verschillende mogelijkheden om aan te sluiten bij de jongere en het gezin. Standaard wordt een signaleringsplan gemaakt en een behandelplan opgesteld. Een competentieanalyse van het gezin of een netwerkanalyse zijn hierin optioneel.

Ervaringsdeskundigheid

Ervaringsdeskundigheid wordt ingezet voor jongere, ouder en medewerker. Doel van ervaringsdeskundigheid is ruimte geven aan emoties, geven van hoop en tackelen van vertragende factoren. Medewerkers kunnen ervaringsdeskundigen om advies vragen om contact met de jongere te verbeteren en om beter aan te kunnen sluiten bij de beleavingswereld van de jongere. Karakter vraagt deze ervaringsdeskundigheid grotendeels aan bij de organisatie Ixta Noa. Medewerkers van Ixta Noa hebben zelf ervaringen als patiënt in de GGZ en zijn daarnaast speciaal opgeleid om vanuit een neutrale positie anderen te ondersteunen. Ook heeft Karakter ervaringsdeskundige medewerkers in dienst en werkzaam op de HIC Jeugd. Zodoende bestaat er een palet aan ondersteuning middels ervaringsdeskundigheid:

- Wekelijks op maandagochtend is er een ervaringsdeskundige op de afdeling waar jongeren en/of ouders individueel of samen in gesprek kunnen gaan om ervaringen te delen. De dienstdoende op de afdeling begeleidt de ervaringsdeskundige en maakt zo nodig afspraken.

- Daarnaast organiseert IBC Jeugd vijfmaal per jaar een ouderavond waar ouders van opgenomen jongeren op de HIC aan kunnen deelnemen. Daar komen ouders in contact met andere ouders en ervaringsdeskundige ouders vanuit Ixta Noa.
- Ervaringsdeskundige medewerkers zetten hun ervaringen op eigen inschatting in om te motiveren of mee te denken in het behandelproces met collega's.
- De ervaringsdeskundige die wekelijks de afdeling bezoekt is iemand die zelf als jongere opgenomen is geweest binnen de jeugd-GGZ. IBC Jeugd kan ook ervaringsdeskundige ouders inzetten om met andere ouders hun ervaring te delen over wat het voor een ouder betekent als je kind opgenomen is.

Patiëntenvertrouwenspersoon

De patiëntenvertrouwenspersoon (PVP) zorgt voor professionele ondersteuning van jongeren bij de handhaving van hun rechten en plichten wanneer zij zijn opgenomen of onder behandeling staan van Karakter. De PVP behartigt de belangen zoals de jongere dat zelf ziet. De PVP doet niets zonder toestemming en is bovendien onafhankelijk. De PVP is niet in dienst van Karakter, maar bij de landelijke Stichting PVP.

Jongeren kunnen terecht met vragen of klachten over hun behandeling, verblijf en het behandelend team of arts. Vaak worden klachten opgelost door een gesprek met hulpverleners, waarbij de PVP aanwezig kan zijn. Ook kunnen jongeren en uiteraard ook ouders hun eventuele klachten indienen bij de klachtencommissie van Karakter. De PVP heeft een geheimhoudingsplicht. Zonder toestemming praat de PVP niet met anderen over jongere of de klacht van de jongere.

Op de afdeling van de HIC Jeugd is een informatie bord met o.a. een folder van de PVP. Daarin staat kort uitgelegd wat de PVP kan betekenen voor jongeren en hoe ze contact kunnen opnemen via telefoon of email. Jongeren mogen altijd contact opnemen. Ook komt de PVP minimaal 1 keer per maand op de afdeling.

Ontslag

Het ontslag wordt in samenspraak met het gezin bepaald. De opname op de HIC Jeugd wordt afgesloten met een eindgesprek op de HIC Jeugd waarna vervolgbehandeling verder gaat. In dit eindgesprek is een evaluatie op de doelen en de tevredenheid over de opname onderwerp van gesprek. Vanuit de HIC Jeugd wordt er nog een beloop opname geschreven en door behandelaren een eindbrief opgesteld.

In het opnamebeloop HIC Jeugd staan:

- Concrete observaties wat betreft de geestesziekte en gedrag van de jongere en het gezin/ouders beschreven.
- Beschrijvingen van (systemische) interventies, met ook de overwegingen die zijn gemaakt.
- De genomen stappen, resultaten.
- Indien ouders een prominente rol in de opvoeding hebben (m.n. als de jongere nog thuis woont), dan is het belangrijk om niet alleen de aanwezigheid te beschrijven, maar ook de onderlinge interacties.
- Daarnaast worden er ook bijzonderheden zoals wvggz-procedures, start en beëindiging dwangbehandeling, etc. in het beloop opgenomen.
- Een realistische weergave van de opname. Het hoeft niet mooier te zijn dan dat het daadwerkelijk is.

3.8 Multidisciplinaire teamsamenwerking

In de onderstaande paragraaf wordt beschreven op welke wijze het multidisciplinaire team tot een gezamenlijke behandelvisie komt vanuit ieders expertise en verantwoordelijkheden. Hiervoor dienen verschillende vormen van overleg, deskundigheidsbevordering en teambuilding als tool om de behandeling vorm te geven.

Somatische zorg HIC Jeugd

Het team van sociotherapeuten op de HIC Jeugd bestaat uit verpleegkundigen of agogisch opgeleiden, waarbij de verhouding ongeveer gelijk is. De agogische opgeleide medewerkers zijn ervaren en opgeleid met pedagogische en systemische kennis. Wanneer het echter gaat om somatische zorg, spelen de deskundigheid en bevoegdheden van verpleegkundigen een belangrijke rol. De verpleegkundig opgeleiden op de afdeling zijn meer nadrukkelijk bekend met de symptomen van psychiatrische aandoeningen en zijn in staat somatische problemen te herkennen (Bouwhuis & Vreeker, 2015). Door de verpleegkundigen worden zowel voorbehouden als risicovolle handelingen uitgevoerd. Voorbehouden handelingen worden alleen uitgevoerd door een BIG-geregistreerde hulpverlener. De voorbehouden handelingen die met regelmaat op de afdeling voorkomen zijn het intramusculair injecteren en het inbrengen van een neusmaagsonde bij een jongere. Op de afdeling komen ook risicovolle handelingen voor waaronder het verwijderen van hechtingen en het toedienen van sondevoeding met behulp van een spuit of pomp. Het verwijderen van hechtingen wordt alleen door de verpleegkundigen gedaan. Het toedienen van sondevoeding mag ook uitgevoerd worden door de niet-verpleegkundigen van de afdeling. Zij mogen dit doen nadat zij zich bekwaam

voelen, na scholing door een BIG-geregistreerde verpleegkundige. Het is van groot belang dat de desbetreffende medewerker zich bekwaam voelt om de handeling uit te voeren en de risico's kent en naar kan handelen. Het uitvoeren van de handeling gaat altijd in opdracht van een arts.

Naast de voorbehouden en risicovolle handelingen hebben de verpleegkundigen op de HIC Jeugd kennis en ervaring in het verzorgen van verschillende wonden. Zij kunnen hierin de niet-verpleegkundigen van het team instrueren, zodat ook zij de wondverzorging kunnen uitvoeren. Het geven van orale en cutane medicatie worden door alle sociotherapeuten uitgevoerd. De verpleegkundigen, maar ook de niet-verpleegkundige opgeleide sociotherapeuten, dienen goed op de hoogte te zijn van bijwerkingen van psychofarmaca, zodat op eventuele bijwerkingen direct gereageerd kan worden (Bouwhuis & Vreeker, 2015).

In het geval dat er een verpleegkundige handeling verricht moet worden en er geen verpleegkundige in dienst is, wordt er contact opgenomen met de voorwacht. Als het gaat om het inbrengen van een sonde, zal een verpleegkundige in het team opgeroepen worden om deze handeling uit te voeren. De verpleegkundige werkzaam voor de IHT Jeugd kan hierbij ook ingezet worden. Vanuit Karakter worden de verpleegkundigen ieder half jaar bijgeschoold in het intramusculair injecteren, zodat medewerkers zich bekwaam blijven voelen. Ook voor het geven van medicatie is er jaarlijks een bijscholing vanuit Karakter (ook voor niet-verpleegkundigen). Voor de overige voorbehouden en risicovolle handelingen (ook de handelingen die niet of nauwelijks op de afdeling voorkomen) worden de verpleegkundigen jaarlijks bijgeschoold door de Hogeschool van Arnhem en Nijmegen (HAN). De HAN verzorgt dan een 'op maat training', waarbij de invulling in belangrijke mate bepaald wordt door de verpleegkundigen. Bij medische vragen kunnen alle medewerkers contact opnemen met de voorwacht en indien nodig kan er advies gevraagd worden bij de kinderafdeling van het Radboudumc.

Jongerenbespreking

De HIC Jeugd kent een wekelijkse jongerenbespreking. Doel van de jongerenbespreking is kort terugblikken op bijzonderheden van afgelopen week en verder te bepalen beleid in multidisciplinair overleg. Aanwezig zijn de dienstdoende sociotherapeuten/verpleegkundigen, kinder- en jeugdpsychiater, coördinerend behandelaar, AIOS, sociotherapeuten en de manager bedrijfsvoering. Op verzoek kunnen ook andere disciplines IBC Jeugd aansluiten bij het overleg.

Aan de hand van agendapunten worden de casussen die op de afdeling verblijven als volgt besproken:

- *Meldingen ARBO/VIM:*
 - o Een *VIM* staat voor veiligheid incidentmelding en heeft betrekking op één of meerdere jongeren. Hierbij gaat het doorgaans om een melding agressie, medicatie of een suicide (poging) waarbij het gedrag van of de gebeurtenis rondom de jongere centraal staat
 - o Een *ARBO-melding* is een melding met betrekking tot arbeidsomstandigheden van de medewerker of de leefomgeving van een jongere. Het gaat hier o.a. om de volgende onderwerpen: brand, apparatuur, materialen en onderhoud, ICT en systemen, hygiëne, grensoverschrijdend gedrag, klimaat en werkdruk.
- *Meldingen Middelen of Maatregelen (MofM):* Het formulier wordt ingevuld als er een middel of maatregel is toegepast bij een jongere. Het betreft de middelen of maatregelen:
 - o Afzonderen in andere/rustige ruimte zonder dat hij/zij deze kan verlaten
 - o Afzonderen in eigen kamer zonder dat hij/zij deze kan verlaten
 - o Fixatie
 - o Insluiting in de EBK
 - o Gedwongen medicatie.
- *Signaleringsplan:* Op de afdeling heeft elke jongere een signaleringsplan. Een signaleringsplan kan elk moment worden gewijzigd. Belangrijk is dat deze up to date is en dat er dagelijks een gesprek plaats vindt.
- *Systeem:* betrokkenheid, aanwezigheid en invloed van het systeem staan voorop. Daarbij is het belangrijk dat de doelen van het systeem, wat vaak ouders zijn, ook besproken wordt.
- *Psycho-educatie:* Inzicht verschaffen in de aard van de ziekte en de mogelijkheden van herstel dan wel verbetering kwaliteit van leven. Toewerken naar eventueel geïndiceerde therapie. De HIC Jeugd is ondersteunend in het hervatten en volhouden van schoolgang rekening houdende met de mogelijkheden en beperkingen van de jongere
- *Somatiek:* naast psychische zorg richten wij ons ook op de somatische zorg, waarbij specifieke zaken tijdens de bespreking aanbod komen.
- *Perspectief:* Tijdens de jongerenbespreking wordt het perspectief van de jongere ook besproken. Het is voor het team van belang dit te weten en de werkwijze hier op aan te passen. Perspectief is zeer uitlopend; van IHT Jeugd als doorgaans vanzelfsprekend vervolg naar een vervolgsetting in de jeugdzorg of volwassenpsychiatrie.
- *Zorgafstemformulier:* Op dit formulier staan de dagelijkse afspraken ten behoeve van de behandeling op de HIC Jeugd. Dat formulier wordt up to date gehouden en is richting gevend in de dagelijkse routine en attitude.

Overdracht:

De overdracht is een dagelijks moment tussen elke dienstwissel. Daarbij zijn aanwezig de sociotherapeuten en op indicatie of verzoek overige disciplines. De overdracht begint met het aanwijzen van een voorzitter. Het team hanteert een aantal afspraken en omgangsvormen die de kwaliteit en efficiëntie van de overdracht ten goede moet komen. De overdracht vindt plaats in de multifunctionele ruimte, met enkele kaders:

- Zorg voor zo weinig mogelijk verstoringen en onderbrekingen tijdens de overdracht.
- Gebruik meerdere media: combineer schriftelijke en mondelinge overdracht.
- Documenteer essentiële informatie accuraat.
- Bied de gelegenheid om vragen te stellen.

Intervisie HIC Jeugdteam

Het team is verdeeld in kleine intervisiegroepjes van 4 personen. Deze groepjes worden begeleid door een systeemtherapeut. Kernpunten bij intervisie zijn reflectie op eigen handelen en systemisch werken. Bij intervisie worden vanuit een gelijkwaardig kader eigen ervaringen uit het dagelijks werk gedeeld ter bevordering van kwaliteit van werken.

Evaluatie HIC Jeugd-opname met jongere en ouders

Aan het eind van een opname wordt op de HIC Jeugd de tevredenheid van zowel de jongeren als de ouders getoetst. Dit doen we aan de hand van een evaluatie-formulier. Deze wordt aan het einde van de opname door de sociotherapeut aan de jongere en ouders voorgelegd.

Het formulier van de jongeren toetst altijd dezelfde vragen. Deze vragen zijn gericht op hoe zij de opname hebben ervaren. Vanuit de systeemgerichte werkwijze wordt getoetst hoe de jongere ervaren heeft dat zijn of haar vader en/of moeder op de afdeling verbleef en op welke manier dit helpend is geweest. Tot slot wordt de jongeren om feedback gevraagd. De eventuele inzet van de EBK als voorziening/interventie is voor de jongere een ingrijpende gebeurtenis en daarom meegenomen in de evaluatie op verblijf.

De ervaringen van ouders worden getoetst door hen te vragen hoe zij de opname van hun zoon of dochter hebben ervaren en of zij aanwezig waren op de afdeling. Daarbij is het belangrijk om te weten of de opname voor ouders helpend is geweest in de benadering naar de jongere. De samenwerking tussen het team en ouders is van essentieel belang en daarin mogen ouders hun ervaring delen. Tot slot wordt ook ouders om feedback gevraagd.

Het doel van de evaluatie is te meten hoe jongeren en ouders het verblijf op de HIC Jeugd hebben ervaren en of ze zich geholpen voelen. Het nabespreken en evalueren met de jongere dient in algemene zin tot het ontwikkelen van verbeteracties betreffende het verblijf op de afdeling en de inzet van de EBK in het begeleidings- en behandelproces van de HIC Jeugd. De evaluaties worden verzameld om later de mate van patiënttevredenheid te kunnen beschrijven. Hier wordt verder op ingegaan in het hoofdstuk wetenschappelijk onderzoek.

Casus-evaluatie

Naast de evaluatie met de jongere en ouders zien we het ook als een belangrijk leermoment dat wij als team een casus evalueren. Als multidisciplinair team zijn wij continu in ontwikkeling. Door de snelle doorstroom van jongere en de diversiteit en complexiteit van jongeren is het belangrijk om terug te kijken op een opname. Het doel hiervan is om erachter te komen wat helpend is geweest, maar ook waar de verbeterpunten liggen. De evaluatie van een casus kan plaats vinden tijdens een jongerenbespreking waarbij alle betrokkenen aanwezig zijn.

Nascholing

Het hele team wordt met regelmaat geschoold of opgefrist in kennis en vaardigheden. Het doel hiervan is om parate kennis te onderhouden en te werken aan deskundigheidsbevordering. Daarbij blijven medewerkers ook BIG/SKJ geregistreerd. Scholing kan plaatsvinden via de Karakteracademie of via extern ingehuurde scholing. Bijscholing vindt ook plaats via een klinische les verzorgd door de AIOS, de maandelijkse KID-bijeenkomst van het IBC Jeugdteam en de mogelijkheid aan te sluiten bij het Academisch Uur van Karakter, Universitair Centrum.

Op de HIC Jeugd zijn alle medewerkers opgeleid in bedrijfshulpverlening (BHV), levensreddende handelingen en '5 steps to change'. Deze training worden jaarlijks opgefrist. Een Karakter-brede in-company opleiding i.s.m. de HAN is de opleiding IAG waarvoor ook sociotherapeuten worden ingeschreven. Doel van deze opleiding is het vergroten van de systemische kennis en vaardigheden voor sociotherapeuten HIC Jeugd, ondanks dat zij de gezinsbehandeling niet direct in een ambulante situatie toepassen.

Het team in verbinding als IBC Jeugd

De HIC Jeugd maakt samen met IHT Jeugd integraal onderdeel uit van IBC Jeugd. IBC Jeugd kent dan ook een gemeenschappelijke integrale verantwoordelijkheid voor alle jongeren IBC Jeugd en hun gezinnen. Onderlinge verbinding vormt een belangrijk en continu thema. Het team komt o.a. in verbinding door de inzet van gezinsbehandelaren op de HIC Jeugd, wanneer kortdurend opgeschaald moet worden in menskracht of ingeval van ziektevervangings. Het team verkrijgt ook

verbinding door de twee wekelijks teambijeenkomsten gericht over deskundigheidsbevordering en bespreken van het beleid en gebeurtenissen IBC Jeugd. Verbinding tot elkaar heeft ook een informeel karakter en wordt vormgegeven door de jaarlijkse teamdag, de mogelijkheid van een informele lunchpauze aansluitend op de tweewekelijkse bijeenkomsten en iedere 4 maanden de zogeheten donderdagmiddagborrel ('domibo').

Samenwerking IHT Jeugd/HIC Jeugd

De samenwerking tussen IHT Jeugd en HIC Jeugd is intensief en onvermijdelijk. Vanuit het traject IHT Jeugd kunnen jongeren, ouders en hun netwerk 24/7 gebruik maken van de faciliteiten van de HIC Jeugd. Dit kan d.m.v. telefonische consultatie aan jongeren en/of ouders, ruggespraak voor gezinsbehandelaren die ambulant aan het werk zijn, een gesprek met jongere en/of ouders in een IHT Jeugd-traject op locatie of (indien nodig) per direct een kortdurende klinische interventie.

Wanneer het een korte klinische interventie betreft, blijft het IHT Jeugdcasusteam in principe in regie. Pas als IHT Jeugd (tijdelijk) stopt en voortzetting van behandeling naar verwachting langer durend op de HIC Jeugd zal plaatsvinden komt de regie te liggen bij behandelaren van de HIC Jeugd.

Daarnaast zijn de gezinsbehandelaren ondersteunend aan de afdeling waar nodig. Dat kan naar aanleiding zijn van een opname of bij start IHT tijdens een opname. Het kan ook zo zijn dat de zorgwaarte op de afdeling extra mankracht vereist waarbij buiten het team van sociotherapeuten de gezinsbehandelaren inzetbaar zijn op de afdeling.

24-uurs bereikbaarheid en intersectorale samenwerking

De 24-uurs bereikbaarheid is gelegen bij HIC Jeugd. Dit geldt niet alleen voor gezinnen in het traject IHT Jeugd en opnames binnen het kader van een acute opname, maar ook voor verwijzers en professionals in het netwerk. Medewerkers van de HIC Jeugd zijn getraind om buiten kantooruren alle voorkomende vragen en verzoeken die niet tot een volgende werkdag kunnen wachten adequaat te kunnen behandelen. In voorkomende situaties kunnen zij (interne) specialisten inschakelen ter verdere beoordeling.

Bereikbaarheidsdienst HIC Jeugd

De sociotherapeuten van de HIC Jeugd kunnen buiten kantooruren de dienstdoende arts, de voorwacht, bereiken. Zij kunnen terecht met vragen die betrekking hebben op de jongeren opgenomen op de HIC Jeugd of vragen van ouders of jongeren vanuit het IHT Jeugd-traject. Dit kunnen vragen zijn over medicatie,

suïcidaliteit, incidenten etc. De sociotherapeuten kunnen de arts telefonisch consulteren en zo nodig komt deze naar de afdeling voor (mede)beoordeling van de jongere. Naast de voorwacht is er ook altijd een dienstdoende kinder- en jeugdpsychiater, de achterwacht, bereikbaar. Deze is telefonisch bereikbaar voor de voorwacht en komt zo nodig ook naar HIC Jeugd om een jongere mede te beoordelen.

Bij zeer ernstige incidenten zal ook buiten kantooruren altijd contact gezocht worden met het management van IBC Jeugd of de directie.

In geval van calamiteiten van technische aard kunnen medewerkers contact opnemen met een ruim netwerk aan facilitaire en technische diensten.

Intersectoraal samenwerken op verschillende wijze

Hierbij gaan we niet uitvoerig inhoudelijk in op de talloze samenwerkingsrelaties en verbanden die vanuit IBC Jeugd door de tijd heen zijn aangegaan. We proberen wel te benadrukken het belang van intersectorale samenwerking en geven 3 uitvoeringswijzen weer waarop deze plaatsvinden:

1. *Behandelinhoudelijk en formeel*, gericht op een actieve samenwerking met o.a. het gemeentelijk lokale wijkteam, (gezins)voogden, jeugdzorgorganisaties, collega GGZ-organisaties, medewerkers onderwijsinstellingen, politie en jeugdreclassering, advocaat/rechter en alle voorkomende netwerkrelaties die in verbinding staan tot de populatie jongeren en gezinnen die gebruik maken van de HIC Jeugd.

Met elkaar is de insteek denken in 'uitdagingen' en het onderhouden van een goede werkrelatie. Een recent gestarte pilot is dat bij alle jongeren die vanuit de HIC Jeugd overgeplaatst worden naar een Jeugdzorg Plus instelling, niet alleen sprake is van een zogeheten warme overdracht, maar ook het aanbod gedaan wordt om 2-5 diensten actief op de afdeling mee te werken. Op deze manier willen we enerzijds de opgedane kennis en ervaring op casusniveau zorgvuldig overbrengen (juist op een moment van de risicovolle overgang naar een nieuwe situatie), en anderzijds over en weer kennis delen en nieuw op te doen.

2. *Praktisch/creatief en gericht op informele wijze*, vanuit gelijkgestemdheid/evenwaardigheid. Nieuwsgierig naar de ander en het werken van de ander. Niet hiërarchisch bepaald, maar op spontane wijze. Een instelling van eenieder om over de 'eigen schutting' heen te willen kijken. Persoonlijk contact proberen we uit te breiden en te onderhouden. Zo nodigen we elkaar uit voor nadere kennismakingen om o.a. inzicht te vergroten in ieders werkwijze en professionalisering. Ook consultering o.a. op gebied van toepassing en reductie dwang en drang komt hierbij aan bod.

3. *Flexibel en uitnodigend* naar o.a. onderwijs, netwerkcontacten/studenten en overige belangstellenden, met wie we onze visie, kennis en kunde mogen delen. Geregeld biedt de HIC Jeugd een mogelijkheid voor co-assistenten, huisartsen i.o. of anderszins studenten die een kort moment kennis willen nemen van het bijzondere werk van IBC Jeugd. Ook studenten van de politieacademie of anderszins relevante maatschappelijke studies halen hun kennis bij IBC Jeugd.

Frequent biedt IBC Jeugd werkbezoeken voor een professionele netwerkpartner in de jeugdzorg. Echter ook gemeentelijke ambtenaren, wethouders en burgemeesters brengen geregeld een bezoek aan IBC Jeugd, veelal gecombineerd met een rondleiding op de HIC Jeugd. Internationaal is belangstelling en sprake van uitwisseling van visie en methodisch werken met o.a. België en Duitsland. IBC Jeugd is zich bewust dat het een belangrijke maatschappelijke taak heeft om door te ontwikkelen en de opgedane kennis en ervaring te delen.

Hoofdstuk 4: Wetenschappelijk onderzoek

Lisanne Stone
Sofie Servaas
Liesbeth Hoekstra
Geeske Boerboom
Susanne van Hoof
Carla Triepels

Een volgende stap in de reis

Inleiding

Intensief Behandelcentrum (IBC) Jeugd heeft de ambitie om wetenschappelijk onderzoek uit te voeren met het doel een uitspraak te kunnen doen over effectiviteit van de methodiek. Omdat IBC Jeugd onvoldoende bekend is met het systematisch uitvoeren van wetenschappelijk onderzoek en het ontwikkelen van een onderzoekslijn een investering in tijd en geld vergt, wordt het als belangrijk gezien om een apart hoofdstuk te wijden aan de huidige stand van zaken van wetenschappelijk onderzoek, waarbij dit hoofdstuk als vertrekpunt kan dienen voor het toekomstig opzetten van een onderzoekslijn.

In dit hoofdstuk wordt eerst het al beschikbare wetenschappelijke onderzoek naar de methodiek gehanteerd binnen IBC Jeugd samengevat. Hierbij is zowel intern als extern verricht onderzoek bekeken. Vervolgens worden tekortkomingen van het wetenschappelijk onderzoek weergegeven en worden suggesties gedaan hoe toekomstig onderzoek binnen IBC Jeugd vorm te geven.

De afdeling is sterk gericht op zorg voor jongeren en hun gezinnen, ook onderwijsgericht, maar zal op het gebied van wetenschappelijk onderzoek een verandering moeten ondergaan. Vooraleer de verdieping te zoeken in de inhoud van wetenschappelijk onderzoek rondom IBC Jeugd, is het dan ook belangrijk om stil te staan bij de vraag *waarom wetenschappelijk onderzoek?* Hieronder een aantal redenen:

- De afdeling is de afgelopen jaren koploper gebleken op het gebied van ontwikkeling Intensive Home Treatment (IHT) Jeugd en High & Intensive Care (HIC) Jeugd binnen de Nederlandse kinder- en jeugdpsychiatrie.
- Willen we die positie behouden, dan is alleen een inhoudelijke profilering onvoldoende.

- Omdat Karakter Universitair Centrum ook een academische functie heeft, is het voor de hand liggend om ook wetenschappelijk onderzoek te gaan uitvoeren.
- Hiermee onderzoeken we onze eigen werkwijze op een wetenschappelijk verantwoorde manier en tonen we ons ook zelfkritisch.
- Hiermee helpen we ook het veld verder om de zorg te verbeteren.
- Noblesse oblige: onze werkwijze hebben wij te danken aan de investeringen van vele anderen in wetenschappelijk onderzoek.

4.1 Wetenschappelijke onderbouwing

De methodieken, waarop de werkwijze van IBC Jeugd zich baseert (zoals oplossingsgerichte therapie, systeemtherapie e.d.) werden in het Businessplan IBC Jeugd (van Velthuisen et al., 2012) op hun erkende werkzaamheid gewaardeerd en geïmplementeerd. De ontwikkeling van wetenschappelijk onderzoek binnen de afdeling geeft de mogelijkheid om ook onderzoek te doen naar de werkzaamheid van bepaalde ingrediënten van deze methodieken.

De overwegend ambulante werkwijze van IBC Jeugd is voor een belangrijk deel gebaseerd op eerder onderzoek met betrekking tot de zinvolheid van klinische opname voor behandeling (van Velthuisen et al., 2012). Omdat thuisbehandeling nooit volledig een (korte) opname kan vervangen is de HIC Jeugd ontwikkeld. Desalniettemin kan opnamevervangende behandeling leiden tot reductie van het aantal bedden en de kosten, zonder verslechtering m.b.t. symptomen en gebruikerstevredenheid. Ook is gebleken dat intensieve behandeling in de thuissituatie niet leidt tot een toename van ernstige en ingewikkelde opnames, dan wel gedwongen opname. Desalniettemin blijven er vragen liggen m.b.t. de effectiviteit van de behandeling zoals die geboden wordt door IBC Jeugd.

Wetenschappelijk onderzoek IBC Jeugd Karakter Nijmegen

Om de effectiviteit van het IBC Jeugd te onderbouwen en de behandeling te verbeteren zijn er intern verschillende onderzoeken gedaan. Deze paragraaf weergeeft samenvattingen van vier observationele studies die verricht zijn bij IBC Jeugd. Tevens wordt een samenvatting gegeven van een maatschappelijke business case. De volgende onderzoeken zijn samengevat:

- Intensieve thuisbehandeling van jongeren in crisis (Muskens, Herpers, et al., 2015)
- High Intensive Care Jeugdpsychiatrie: werkzame factoren (Pelzer et al., 2018)
- Somatische screening in de kinder- en jeugdpsychiatrie: een descriptieve pilotstudie (Muskens, Vermeulen, et al., 2015)
- Evaluatie van IHT met HIC interventie als behandeling voor adolescenten in crisis (Muskens et al., 2018)
- Maatschappelijke Businesscase (Sinzer, 2015)

Aantal jongeren, behandelduur, klanttevredenheid, aantal bedden en kosten

In een descriptief retrospectief onderzoek naar intensieve thuisbehandeling bij jongeren in crisis zijn het aantal jongeren in zorg, de behandelduur, de klanttevredenheid, het aantal bedden en de kosten vergeleken met gegevens uit de periode 2011-2012 met 2013-2014 (Muskens, Herpers, et al., 2015). Beschreven wordt dat vanaf half 2013 een verandering plaatsvond in de zorg voor jongeren in een psychiatrische crisis. Voor 2013 werden deze jongeren opgenomen op 3 klinische afdelingen met 34 bedden, waarbij de opnameduur 6-7 maanden bedroeg. Vanaf half 2013 werden jongeren met name thuis behandeld, middels IHT Jeugd, waarbij intensieve samenwerking bestaat met 1 klinische afdeling, de HIC Jeugd met 7 bedden.

Resultaten

Wat betreft het aantal jongeren in zorg wordt gerapporteerd dat sinds 2013 115 jongeren per jaar in zorg zijn, tegenover 70 jongeren per jaar in de periode 2011-2012.

De kosten zijn gedaald van ca 55.000 euro gemiddeld per jongere van 2011 naar ca 28.000 euro gemiddeld per jongere in 2014.

De behandelduur daalde van 6-7 maanden voor 2013 naar 4-5 maanden voor 59% van de jongeren in 2013. Voor 20% van de jongeren lag de behandelduur tussen 5-6 maanden, voor 8% tussen de 6-7 maanden en voor 11% tussen 7-10 maanden. In de klanttevredenheid wordt een minimaal verschil waargenomen tussen de periode 2011-2013, mediaan respectievelijk 6,68, 7,56, 7,18 volgens ouders en 7,18, 7,25 en 7,32 volgens adolescenten in vergelijking met na 2013, modus 8.

Werkzame factoren High & Intensive Care

In een kwalitatief evaluatieonderzoek zijn de werkzame factoren van het HIC jeugd model onderzocht en vergeleken met twee andere kinder- en jeugdpsychiatrische organisaties (Pelzer et al., 2018). 47 semigestructureerde interviews zijn afgenomen bij (oud)-jongeren en ouders die in de periode van 01-01-2017 tot 01-10-2017 opgenomen waren op een van de crisisafdelingen van de Karakter (locatie Nijmegen), de Bascule (Amsterdam) en Herlaarhof (Vught). Ouders en jongeren werden apart, eenmalig geïnterviewd door eenzelfde interviewer. De vragenlijst werd geconstrueerd op basis van expert-opinion en elementen van de HIC Jeugd visie (Erkelens et al., 2017) waarbij er gebruik werd gemaakt van het 'Denkkader voor het selecteren van werkzame elementen' (Spanjaard, Veerman, & Van Yperen, 2015). De onderzochte werkzame factoren zijn het vertrouwen in behandelaren en behandeling, passende vrijheden, de-escalerend werken, voldoen aan verwachtingen, benadering, welkom voelen, sfeer, geleerde

vaardigheden in het omgaan met crisissituaties of preventie hiervan, opbouw sociaal/maatschappelijk functioneren en verandering vast kunnen houden.

Resultaten

Wanneer gekeken wordt naar de verschillende uitkomsten tussen de drie locaties laten drie variabelen een significant verschil zien. Bij zowel de Bascule als bij Karakter (Nijmegen) rapporteerden de respondenten meer zelfvertrouwen te hebben dan de respondenten van Herlaarhof ($p = .005$). Uit de resultaten blijkt dat Karakter (Nijmegen) een hoger ervaren behoud van behandelresultaat heeft in vergelijking tot de Bascule en Herlaarhof ($p = 0.022$). Het uiterlijk van de afdeling levert in het bijzonder bij Karakter (Nijmegen) en in mindere mate bij de Bascule een positieve bijdrage aan de behandeling.

Meerwaarde van somatische screening in kinder- en jeugdpsychiatrie

In een pilot studie werd onderzocht of somatische screening van kinderen en adolescenten verwezen naar de kinder- en jeugdpsychiatrie toegevoegde waarde heeft voor de diagnostiek en het behandelbeleid (Muskens, Vermeulen, et al., 2015). Er werden 43 jongeren met een leeftijd tussen 6-18 jaar gescreend middels lichamelijk, neurologisch en bloedonderzoek. Het is onduidelijk wie de somatische screening uitvoerde in deze studie.

Resultaten

Bij 55% van de jongeren werden één of meer klinisch relevante afwijkingen gevonden. Dit had bij 44% van de jongeren tot gevolg dat aangescherpte voorlichting werd gegeven over een gezonde levensstijl, bij 25% leidde dit het veranderen van antipsychoticum, bij 16% tot vervolgbeleid via de huisarts en bij 19% tot een verwijzing naar een specialist.

Evaluatie van IHT Jeugd met HIC Jeugd-interventie als behandeling voor adolescenten in crisis

In een observationele studie werd onderzocht in hoeverre klachten afnamen gedurende IHT Jeugd-behandeling, met HIC Jeugd interventie als mogelijkheid (Muskens et al., 2018). Er werden 112 jongeren (gemiddelde leeftijd 14,8, 52% meisjes) geïncludeerd, waarover de Health of the Nation Outcome Scale for Children and Adolescents (HoNOSCA; Gowers et al., 1999) werd ingevuld bij intake (T0), 2 maanden na intake (T1) en bij afronding van behandeling, 4 maanden na intake (T2). De HoNOSCA is een klinische beoordelingsschaal die bestaat uit 15 sub-schalen die psychiatrische problematiek en functioneren op sociaal-maatschappelijk niveau meten, waarbij in deze studie schaal 1-13 werden gebruikt. Gedurende de eerste twee maanden van behandeling vond bij 13.4% van de

adolescenten en hun ouders een HIC-interventie plaats van maximaal twee weken.

Resultaten

De scores op de HoNOSCA namen bij 53 jongeren significant af op het gebied van gedrag, symptomen en sociaal functioneren. De afname voor impact van de klachten op het leven ('impairment') was niet significant. Scores op de HoNOSCA waren niet gerelateerd aan geslacht, leeftijd, diagnose, klinische opname, behandelduur, medicatie of overige behandeling. Er werd getoetst in hoeverre de groep met complete data op T0, T1 en T2 verschilde van de groep waarbij sprake was van missende data. De verschillen tussen deze groepen zijn significant, waarbij de groep met missende data hoger scoort op gedragsproblemen en totale score op T2 dan de groep met complete data. Bij intake was er juist sprake van een hogere score op impact van de klachten bij de groep met complete data. Het is onduidelijk wat maakt dat slechts bij 53 jongeren analyses zijn verricht, terwijl in de methode wordt vermeld dat 112 jongeren geïnccludeerd zijn.

Extern wetenschappelijk onderzoek

Onderzoek naar intensieve ambulante gezinsbehandeling

In de wetenschappelijke literatuur zijn weinig onderzoeken te vinden naar specifieke vormen van ambulante gezinsbehandeling. Om de effectiviteit van IHT Jeugd te bewijzen zal er nog meer onderzoek moeten worden gedaan. De onderzoeken die zijn gevonden naar de effectiviteit van andere vormen van intensieve ambulante gezinsbehandeling staan hieronder beschreven.

In 2001 is de term Intensive Home Treatment (IHT) geïntroduceerd (Brimblecombe, 2001). IHT omvat geen specifieke methodiek, maar richt zich op het bieden van opnamevoorkomende en -vervangende kortdurende crisiszorg in de thuissituatie bij mensen met psychiatrische problematiek. Bij de verdere ontwikkeling van IHT is inspiratie opgedaan vanuit het Britse Crisis Resolution & Home Treatment (CRHT) model (Johnson & Needle, 2008). Er is slechts één gerandomiseerd onderzoek met een controlegroep gedaan naar de effectiviteit van CRHT. Hierbij was een significant verschil te zien in het aantal jongeren dat acht weken na het begin van de crisis was opgenomen. Ook na zes maanden was er een verschil in het aantal klinische opnamedagen. Echter is er in dit onderzoek geen eenduidige definitie van het model waardoor er geen sprake is van model-getrouwheid. Ook is de groep jongeren heterogeen en ontbreken de variabelen. Concluderend zijn er vanuit het quasi experimentele onderzoek aanwijzingen dat CRHT kan leiden tot de reductie van het aantal (vooral vrijwillige) opnames in vergelijking tot de controlegroep zonder CRHT.

Op Nederlandse bodem is onderzoek naar intensieve ambulante gezinsbehandeling gedaan. Zo heeft GGZ Noord Holland Noord onderzoek gedaan door middel van Health of the Nation Outcome Scale (HoNOS), Camberwell Assessment of Need Short Appraisal Schedule (CANSAS) en Betrokken Evaluatie Schaal (BES). Bij de HoNOS is op zowel de totaalscore als op alle subschalen een significante afname in score. Uit CANSAS-onderzoek blijkt dat de onvervulde zorgbehoeften significant zijn verminderd. En vanuit de BES bleek dat de bezorgdheid van naasten significant afgenomen was.

Ook Dimence Deventer en het IBT-team Arkin Amsterdam hebben onderzoek gedaan middels HoNOS. Uit het onderzoek van Dimence Deventer bleek een significante verbetering op totaalscore en op de subschalen symptomatologie, sociale problemen, functioneren en beperkingen. Echter is niet onderzocht of deze groep jongeren (N=17) representatief is voor de volledige jongerengroep.

En ook in onderzoek van het IBT-team Arkin Amsterdam is een significante verbetering gebleken. Zo bleken de DBC-kosten 30% lager te liggen dan bij een vergelijkbare groep opgenomen jongeren. Echter kan er op basis van de resultaten geen uitspraak worden gedaan over veranderingen in het aantal opnamedagen.

4.2 Stand van zaken

Op dit moment wordt via HIC Jeugd descriptieve data verzameld wat betreft aantal bedden, aantal nachten dat ouders aanwezig zijn en welke vervolgbehandelingen na HIC Jeugd-opname worden ingezet. Voor IBC Jeugd als geheel wordt sinds 2012 door middel van de standaard Routine Outcome Monitoring (ROM) bij Karakter data verzameld. In deze ROM worden klachten voorafgaand aan intake gemeten d.m.v. de Child Behavior Check List (CBCL; Achenbach & Rescorla, 2001; Verhulst & van der Ende, 2013). Elke drie maanden wordt de KIDSCREEN-27 (Ravens-Sieberer et al., 2005) afgenomen. De verzamelde ROM-data worden momenteel niet geanalyseerd voor wetenschappelijke doeleinden.

De huidige ROM-vragenlijsten zullen in 2019 door Karakter vervangen worden door de Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ; Goodman, 1997; Vugteveen, de Bildt, Serra, de Wolff, & Timmerman, 2018) waarbij deze bij intake zal worden afgenomen en na één jaar of bij uitschrijving. Tevens is het mogelijk om voor IBC Jeugd een ROM-traject op maat te maken, waarbij specifieke constructen die juist voor IBC Jeugd van belang zijn gemeten kunnen worden.

Begin 2019 is een training gevolgd (geboden door de Royal College of Psychiatrists) voor het invullen van de HoNOSCA. Deze vragenlijst is bedoeld om in algemene zin veranderingen in het dagelijks functioneren te kunnen meten.

De HoNOSCA wordt binnen IBC Jeugd sinds februari 2019 afgenomen bij intake, na 2 maanden behandeling en bij het eind van de behandeling.

Vooruitblik

Wanneer de uitgevoerde onderzoeken worden vergeleken met de criteria voor evidence based treatment, zoals geformuleerd door het Nederlands Jeugd Instituut (NJI), blijkt dat de IBC Jeugd methodiek nog niet in aanmerking zou komen voor het criterium 'eerste aanwijzingen voor effectiviteit'. Hiervoor is nodig dat er minimaal twee studies zijn verricht met een voor- en nameting. Voorliggend voor het in aanmerking komen voor het criterium effectiviteit is dat er sprake is van een goede onderbouwing van de IBC Jeugd methodiek. Hiermee wordt bedoeld dat in de beschrijving van de interventie probleem, risico of thema, doelgroep, doelen, aanpak en randvoorwaarden helder zijn beschreven. In de theoretische onderbouwing, te lezen in hoofdstuk 1, 2 en 3 is de werkzaamheid van de interventie aannemelijk gemaakt met theorieën en empirische kennis. Het is nodig dat er een procesevaluatie van de interventie plaatsvindt.

De hoofdstukken 1, 2 en 3 kunnen gezien worden als poging om een onderbouwing te geven van de IBC Jeugd methodiek die voldoet aan boven genoemde criteria. Een volgende stap die hier logischerwijs uit voortvloeit is het indienen van de IBC Jeugd methodiek als interventie bij de databank effectieve jeugdinterventies van het NJI om te komen tot erkenning op beschrijvend niveau van 'goed onderbouwd'. Vervolgens zal bezien moeten worden of deze erkenning wordt verkregen en in hoeverre vervolgstappen gezet kunnen worden om te voldoen aan het criterium 'effectief'.

Teambreed is besproken welke onderzoeksvragen primair beantwoord zouden moeten worden om meer zicht te krijgen op de effectiviteit van onze behandeling. Essentieel hierbij is dat niet alleen wordt gekeken naar klachtreductie, maar ook naar breder maatschappelijk functioneren bij de jongere, vaardigheden en ervaren competentie bij ouders en tevredenheid over de geboden behandeling. Het gaat dan om onderzoek naar de effectiviteit van de geboden behandeling én naar effectieve ingrediënten van de behandeling. Onderzoeksvragen die hierbij passen en in de toekomst essentieel zijn om te beantwoorden:

1. Nemen klachten van jongere en ouders, zowel op individueel niveau als op niveau van sociaal maatschappelijk functioneren, af na IBC Jeugd-behandeling?
2. Nemen opvoedvaardigheden bij ouders toe na IBC Jeugd-behandeling?
3. Neemt vertrouwen in het om kunnen gaan met de specifieke problemen van de jongere toe bij zowel de jongere als ouder na IBC Jeugd-behandeling?

4. Zijn jongeren/ouders tevreden over IBC Jeugd-behandeling? Vinden jongeren/ouders dat de IBC Jeugd-behandeling helpt en op welke gebieden?

Vervolgens is er de wens om op termijn ook over onderstaande onderwerpen meer duidelijkheid te krijgen:

- Langetermijn beloop/perspectief. Waar komen jongeren na IBC Jeugd terecht? Is er sprake van terugval? Wat is na behandeling bij IBC Jeugd nodig (bijv. na een aantal maanden een belafsprake om te checken hoe het gaat)? Blijven jongeren thuis wonen na IHT Jeugd en hoeveel jongeren gaan naar huis na HIC Jeugd? In hoeverre is er sprake van uitval tijdens een IBC-behandeling?
- Hoe modelgetrouw zijn we? Doen we daadwerkelijk wat er in de methodiek staat? Zo nee, wat maakt dat we dit niet doen?
- Hoe kunnen we casusevaluaties terug laten komen in het primaire proces (nu worden deze alleen nog gebruikt voor de persoonlijke ontwikkeling van medewerkers)? Hoe kunnen we verbeterpunten genoemd in de casusevaluaties systematisch oppakken? Kunnen we de casusevaluaties gebruiken als data voor onderzoek?
- Hoe kunnen we klinische interviews inzetten enerzijds om onze klinische diagnostiek beter te onderbouwen en anderzijds om dit in te zetten voor het beantwoorden van wetenschappelijke vragen?
- Helpt de relatietypering (klant-typisch, klaag-typisch, bezoeker-typisch) binnen het oplossingsgerichte perspectief daadwerkelijk om beter aan te sluiten bij de jongere en zijn ouders en om effectievere behandeling te bieden?
- Zien we met de werkwijze van IBC Jeugd een verbetering in de ouder-kind relatie en heeft dit een positief effect op de psychopathologie van de jongere?
- Wat zijn verschillen tussen ons concept van kortdurend behandelen/opnemen versus een 'traditionele' concept. Wat is de effectiviteit op systeem, duur behandeling, klanttevredenheid, lange termijnbeloop, deelname aan maatschappij (sociaal-maatschappelijk), verbetering van hechtingsrelatie?
- Op welke vlakken verwachten we dat er veranderingen zijn na behandeling IBC Jeugd (hypothesen meten)?
- Hoe kunnen we de mate van motivatie voor verandering meten bij zowel jongere als ouders? Hoe kunnen we de mate van motivatie effectiever beïnvloeden gedurende behandeling?
- Specifiek onderzoek naar belangrijke punten uit onze visie. Zoals: terugleggen van verantwoordelijkheid bij jongeren en zijn ouders. Wat is het effect hiervan? Wat zijn de risico's? Doen we dit daadwerkelijk?
- In welke mate worden ervaringsdeskundigen ingezet? Wat is hiervan het effect? Wat zijn obstakels bij het inzetten van ervaringsdeskundigen?

Kritische succesfactoren

Er is tot op heden nog weinig wetenschappelijk onderzoek gedaan naar IHT, nog minder naar IHT Jeugd en HIC Jeugd. Dit maakt het beperkte onderzoek dat binnen de eigen afdeling heeft plaats gevonden, des te belangrijker. Het wordt dan ook als belangrijk gezien om dit verder te ontwikkelen en te komen tot een gedegen lijn van wetenschappelijk onderzoek. Daarbij moet ook wel rekening gehouden worden met het feit dat de doelgroep, waarbij jongeren in crisis worden aangemeld met risicovol gedrag, voor wetenschappelijk onderzoek moeilijk te benaderen is en sommige designs ethisch gezien praktisch onmogelijk. Het verder ontwikkelen van een onderzoekslijn vergt daarom ook dat een aantal kritische succesfactoren een plek dienen te krijgen:

- Inhoudelijke visie. Deze wordt enerzijds in dit hoofdstuk weergegeven, maar dient ook verder uitgewerkt te worden naar concrete onderzoeksvragen en daaraan gekoppeld subsidieaanvragen.
- Het is belangrijk om te komen tot een goede financiering. Hierbij wordt gedacht aan het werven van externe fondsen, m.n. ook dat interne financiering hiertoe nog maar zeer beperkt ruimte laat.
- Ook is het belangrijk om een onderzoeksteam samen te stellen. Hierbij wordt gedacht aan een samenstelling als volgt:
 - o Hoogleraar
 - o 2 senior onderzoekers
 - o Promovendus
 - o Adviserende leden
- Gezien het hoge niveau het huidige internationale wetenschappelijk onderzoek is het ook belangrijk om allianties met externe wetenschappelijke partners aan te gaan. Hierover lopen op dit moment verkennende gesprekken met een drietal universiteiten (zowel nationaal als internationaal).
- Gezien de heterogeniteit van de jongerenpopulatie is het belangrijk om goed passende onderzoeksdesigns te kunnen toepassen.

4.3 Conclusie

Zowel nationaal als internationaal is er weinig gerandomiseerd onderzoek gedaan naar crisisinterventie. Hoewel er binnen IBC Jeugd enkele onderzoeken zijn uitgevoerd, is de kwaliteit hiervan momenteel onvoldoende om uitspraken te kunnen doen over effectiviteit. Het is de ambitie van IBC Jeugd om de methodiek systematisch wetenschappelijk te onderzoeken om zodoende uitspraken te kunnen doen over effectiviteit en de methodiek te blijven verbeteren. Om deze ambitie te verwezenlijken is het nodig dat er een wetenschappelijke onderzoekslijn wordt opgezet, waarbij de volgende voorwaarden gelden: a) teambreed is er

draagvlak voor het opzetten van een onderzoekslijn, b) vanuit de organisatie Karakter wordt deze ambitie gesteund, zowel inhoudelijk door een hoogleraar, als op managementniveau financieel en beleidsmatig. Concreet is het nodig dat er medewerkers worden vrijgemaakt die zich richten op het aantrekken van onderzoeksgelden. Voorliggend hierin is dat er door het team een keuze wordt gemaakt qua focus van de wetenschappelijke onderzoekslijn, zoals weergegeven in de vooruitblik.

Hoofdstuk 5: De transformatie van verleden naar het heden

Machiel van Velthuijsen
Chantal van de Laar
Tijmen Benthem
Martine Bindels
Marlène Laanen
Nienke van Leeuwen
Jiska Snakkers

Vertrouwen, lef & doortastendheid

Inleiding, de aanloop naar een grootse verandering

‘Eén gezin, één plan!’, ‘Beter worden doe je thuis!’, ‘Ambulant werken als antwoord op de alsmaar stijgende zorgkosten’, ‘Afbouw van bedden in de zorg’, ‘bezuinigingen en kostenbesparing in de GGZ’.... Zomaar wat kreten die in de jaren voorafgaand aan de ontwikkeling van het IBC Jeugd de boventoon voerden. In dit hoofdstuk nemen we u graag mee in een stukje geschiedenis over het ontstaan van het IBC Jeugd en de transformatie naar de huidige werkwijze. We schrijven 2011 wanneer op de voormalige Karakterlocatie te Zetten een kliniek floreert. Een kliniek voor jeugd, drie behandelgroepen en een crisisafdeling. 34 opnameplaatsen, waarbij de gemiddelde opnameduur per jongere al snel opliep tot ca. 8 maanden. Een kliniek die het goed voor elkaar had. Een prima rapportcijfer op jongere- en oudertevredenheid. Werknemers tevreden en financieel de drijvende kurk voor Karakter. Een terrein met alle voorzieningen van school tot therapeutische kinderboerderij. Sportvelden en een zeer gevarieerd therapeutisch aanbod. Vakantie-kampen, groepsuitjes, een zomerbarbecue en niet te vergeten de jaarlijks creatief vormgegeven kerstbijeenkomst. Niemand die op dat moment kon vermoeden, dat het snel heel anders zou worden.

Buiten de muren van de kliniek, in de politiek en de samenleving tekenen zich heel andere signalen af. De zorgkosten worden alsmaar hoger en het aantal opnameplaatsen in de GGZ is explosief toegenomen. Zó doorgaan maakt dat de zorg onbetaalbaar wordt. De politiek besluit dat de zorg dichter bij de jongere georganiseerd moet worden en het tijd werd dat de enorme verzuiling in de zorgketen opgelost zou worden. De zorg moet lokaal georganiseerd worden en de gemeenten zouden hierbij een belangrijke rol gaan krijgen. De aanloop naar de Jeugdzorgwet was van start gegaan. De klinische zorg is per definitie altijd de

duurste zorgvorm geweest, waarmee dan ook meteen alle pijlen gericht werden op de bedden in de jeugd-GGZ, m.a.w. nog voordat wij het goed en wel doorhadden lag onze vertrouwde en goed georganiseerde kliniek midden in de vuurlinie.

Bij het gegeven dat per december 2014 de pachtovereenkomst van de kliniek in Zetten zou aflopen stonden we voor een beslissing met verregaande gevolgen: sluiten van de locatie of grootschalig verbouwing van een inmiddels sterk verouderd gebouw.

Wat in het najaar van 2011 volgde was een mededeling en opdracht vanuit de Raad van Bestuur en directie van Karakter. De locatie gaat sluiten! Er wordt geen nieuwe kliniek gebouwd! Richt een projectgroep in en ontwikkel een innovatief product voor de doelgroep die tot dan opgenomen werd op de locatie Zetten. Zorg voor een sluitend businessplan met uiteindelijk een renderend organisatie-onderdeel. Voorkom gedwongen ontslagen onder personeel en bereid je voor op wat er politiek en in de samenleving in ontwikkeling is. Bereid je voor op de toekomst!

Het behoeft weinig verbeelding dat de eerste reacties gevoed werden door emoties van boosheid en verdriet. Eerste primaire emoties maakten plaats voor verbijstering en ongeloof. Verbazing ging over in realiteitszin. “Nog tweeënhalf jaar en dan werken we hier, op deze plaats, niet meer met elkaar..... onze kliniek in Zetten”. Wat doe je wanneer je beseft dat er in feite geen enkele weg terug meer is en de tijd beperkt? Dan stroop je de mouwen op en ga je aan de slag. ‘Zetten’ op z’n best: schouder aan schouder aan het werk, tegenslag zien als een uitdaging en..... als het niet kan zoals het moet, dan moet het maar zoals het kan! Een mentaliteit die diepgeworteld was binnen de cultuur van ‘t Zettense’ en ons goed te pas kwam bij ‘het avontuur’ dat ons te wachten stond.

In december 2011 werd een projectstructuur ingericht met een projectgroep en stuurgroep. De opdracht werd geformuleerd en een projectplan opgesteld. Uiterlijk najaar 2012 moest het plan klaar zijn om verder geïmplementeerd te kunnen worden. Het projectplan kende in feite drie ontwerpfasen: de oriëntatiefase, de verifieerfase en de concretiseringfase.

In de oriëntatiefase is de projectgroep vooral op zoek gegaan naar mogelijke inspirerende voorbeelden van alternatieven voor ‘care as usual’ in binnen- en buitenland. Werkbezoeken zijn afgelegd, interviews afgenomen, symposia bezocht en sprekers genodigd. Drie maanden van voedende inspiratie. Meest aansprekend was het voorbeeld van een min of meer vergelijkbare kliniek in Zweden (Barn- och ungdomspsykiatri, Karlstad) die in de tien jaar daarvoor het proces waar wij nog voor stonden, had doorlopen en nagenoeg al hun intensieve psychiatrische zorg voor jeugdigen in de thuissituatie wist vorm te geven.

Uiteraard heeft de projectgroep zich in deze fase niet alleen op extern gericht, maar ook verschillende refereerbijeenkomsten belegd met collega's van Karakter en de verschillende operationele teams in Zetten met als doel 'ophalen' welke gedachten en ideeën bij de collega's leven, draagvlak creëren voor een nog bij lange na niet uitgedachte nieuwe structuur en verkrijgen van commitment om met een andere bril op naar ons werk te willen kijken.

Eind maart 2012 hadden we onze verkenningstocht afgerond en het plan als een 'houtschoolschets' gepresenteerd. De vier afdelingen in Zetten, met 34 bedden, zouden teruggebracht worden tot een één afdeling met 7 bedden plus intensieve psychiatrische gezinsbehandeling in de thuissituatie. We waren klaar om aan de slag te gaan! In die tijd werd de projectgroep ondersteund door een organisatie- en adviesbureau. Onder de slogan 'Het venijn zit niet in de staart, maar in de start', wist men ons te behoeden voor een al te enthousiast inkleuren van onze houtschoolschets. Inmiddels overtuigd van het belang om écht commitment nodig te hebben voor een zo'n majeure verandering, zijn we met ons plan een heel groot deel van onze netwerkpartners langs gegaan, met steeds aan ieder de vraag: "Als wij deze verandering inzetten, wat betekent dat voor jou? Wat ga jij doen om tijdig op deze verandering te kunnen anticiperen?". Niet alleen externen (verwijzers, onderwijspartners, collega organisatie, maatschappelijke instellingen e.d.) werden bezocht.

We waren ons terdege ervan bewust dat het belang van een commitment van onze interne partners (jongeren, ouders, medewerkers in Zetten en elders binnen Karakter, de ondersteunende stafdiensten zoals HRM, zorgadministratie, ICT, vastgoed) wellicht nog veel relevanter was om de verandering op gang te kunnen brengen. Zo rond de zomer van 2012 was niet alleen de projectgroep overtuigd van de mogelijkheden om een werkelijk innovatief product voor wellicht de meest complexe doelgroep te presenteren, maar hadden we ook de binnen- én buitenwereld mee in onze mindset. Het inzetten van flexibel inzetbare intensieve thuisbehandeling met altijd de mogelijkheid van 24/7 consultatie en desnoods acuut een bed zou jongeren én hun ouders uiteindelijk een veel beter perspectief gaan bieden dan de opnames in de kliniek, zoals we tot dan te doen gewoon waren.

Parallel aan het gehele ontwikkelproces liep een heel belangrijk traject, de zogeheten proeftuinen. Een viertal gezinsbehandelaren in opleiding die, dat wat in theorie bedacht werd zoveel mogelijk als pioniers ging uitproberen in de dagelijkse praktijk. Van hen hebben we veel geleerd over de mogelijkheden en soms ook onmogelijkheden van intensieve thuisbehandeling. Ervaringen die ons in de implementatiefase enorm geholpen hebben. Ook ervaringen die maakten dat ieder er in ging geloven dat het mogelijk was om van een intern gerichte cultuur en medewerkers die niet of nauwelijks gewend waren om over de 'eigen

muur' van de kliniek te kijken, te verworden tot een cultuur waarbij medewerkers en organisatie extern gericht zijn.

In de volgende hoofdstukken willen we a.d.h.v. verschillende onderwerpen een beeld schetsen van het verleden, ten tijde van de transformatie van kliniek naar IBC Jeugd, het heden en waar mogelijk een beeld naar de toekomst.

5.1 Transformatie van het personeel

In juni 2012 is door de projectgroep een uitgebreid stakeholderonderzoek uitgevoerd. Aan stakeholders is destijds gevraagd tips aan te leveren, om te komen tot een succesvolle implementatie. Verreweg de vaakst gehoorde tip of beter gezegd waarschuwing had direct betrekking op het personeel werkzaam binnen de GGZ. De jeugd-GGZ had indertijd te maken met een imago van een sterk naar binnen gerichte organisatie, een goed ingebedde en strakke structuur en een duidelijk aanwezig medisch georiënteerde hiërarchie. De vermeende moeizaam wrikbare mindset van medewerkers zou vragen om een sterk geloof, overtuigingskracht en bevlogen enthousiasmerende houding van leidinggevendenden om überhaupt tot beweging te komen, laat staan wat nodig zou zijn voor een 180 graden draai van gedachtegoed en uitvoering van behandeling.

Ook de kliniek in Zetten was destijds zo georganiseerd. De structuur was duidelijk en overtuigend. Vaste teams van sociotherapeuten per groep, een verantwoordelijk behandelteam met therapeuten en artsen in het hoofdgebouw. Strak sturend management met heel duidelijk systemen zoals roosters en planborden. Binnen de kliniek in Zetten was alles redelijk voorspelbaar en kende het jaar een duidelijke structuur van steeds terugkerende activiteiten.

Bij het gegeven dat alles anders zou worden, zonder dat nog heel concreet was 'hoe dan wel', ontstond tijdens het begin van de transformatiefase vanzelfsprekend onrust. We gingen iets heel anders doen én we hadden ook nog eens een bezuinigingsopdracht van ca. 5%. Bij vertrek van medewerkers tijdens 'de verbouwing' was het uitgangspunt deze binnen de formatie niet te vervangen. De 'flexibele' schil moest zo groot mogelijk zijn om daar waar nodig gedwongen ontslagen te voorkomen. Heel bewust is er destijds voor gekozen om alle ontwikkelingen, onzekerheden over de toekomst en vraagstukken zoveel mogelijk transparant met alle medewerkers te delen. Openheid en transparantie als basis voor het onderling vertrouwen. Vaak is als metafoor gebruikt 'een bootreis naar een stip op de horizon', waarbij zowel de stip als de reis vele onvoorspelbaarheden kende. In Nederland hadden we geen referentiekaders waar we ons aan op konden trekken en het voorbeeld in Zweden was v.w.b. de mindset wel helpend, maar Zweden kent wel een heel andere cultuur en structuur van samenleving.

Voorafgaande aan de transformatie werkte er binnen de kliniek ca. 43 fulltime equivalenten (FTE) aan medewerkers. Het overgrote deel behoorde tot de discipline sociotherapeuten (27 FTE), een zeer gevarieerd deel aan therapeuten (10,5 FTE), die ook allen voor een belangrijk deel werkzaam waren voor de polikliniek. Zo'n 6 FTE was ingericht voor management en facilitaire ondersteuning. In de eerste berekeningen werd uitgegaan van ca. 26 FTE aan capaciteit behandelaren om IBC Jeugd van start te kunnen laten gaan.

Naast de transformatie van de kliniek liep binnen de polikliniek ook de inrichting van de Karakter poliklinische zorglijnen. Een deel van het personeel werd getransformeerd naar de zorglijnen van Karakter Universitair Centrum en een deel naar het bedrijfsbureau, waarmee per saldo ca. 27 FTE aangehouden werd als basisformatie behandelaren IBC Jeugd. Dit was nog altijd ca. 4 FTE minder dan in werkelijkheid werkzaam was. De grootste flexibele schil kende de discipline sociotherapeuten, waarmee door natuurlijk uitstroom en niet verlengen van tijdelijke aanstellingen de personele reductie zonder gedwongen ontslagen gerealiseerd kon worden.

Een puur technisch formatieplaatje was daarmee realiseerbaar, maar daarmee hadden we nog niet de juiste disciplinemix. Immers het overgrote deel van de medewerkers was werkzaam als sociotherapeut en beschikten weliswaar over ervaring in het crisiswerk, maar waren nog nooit achter de voordeur van het gezin geweest. Er lag dus een grote uitdaging om medewerkers voor te bereiden op outreachend werk en daarbij om te scholen naar de discipline gezinsbehandelaar. Daarnaast beschikten we nagenoeg niet over medewerkers met een verpleegkundige opleidingsachtergrond, hetgeen voor de nieuw vorm te geven kleine klinische afdeling (later HIC Jeugd genoemd) wel van belang geacht werd.

Bij de start van de transformatiefase zijn vele individuele perspectiefgesprekken gevoerd met alle medewerkers, waarbij men eigen voorkeuren, gedachten en gevoelens uitgebreid heeft kunnen bespreken met de leidinggevende. Door medewerkers vanaf het begin eerlijk en transparant te informeren, te enthousiasmeren en te betrekken in de opkomende veranderingen heeft dit in nagenoeg alle situaties geleid tot een wederzijds positief ervaren resultaat. Eind 2013 spreken we van een personeelbestand dat voldoende op orde is om IBC Jeugd op gewenste kwantitatieve als kwalitatieve normen te kunnen bemensen. In de gesprekken werd ook eerlijke feedback gegeven op functioneren en verwachtingen m.b.t. ontwikkelmogelijkheden d.m.v. opleiding en training.

In nauwe samenwerking met HRM werd in 2013 de functie gezinsbehandelaar getoetst op de inhoud van het nieuwe product. Er werd een verzwaarde competentie-set gezinsbehandelaar-IHT opgesteld, die nog altijd leidend bij de aanstelling en beoordeling op functioneren. Deze competentie-set is besproken

en bekrachtigd door de gezinsbehandelaren van IBC Jeugd en heeft o.a. als basis gediend voor het door iedere individuele gezinsbehandelaar opgestelde portfolio. Deze portfolie heeft onderdeel uitgemaakt van de definitieve aanstellingsprocedure in najaar 2013. Enkele medewerkers die zich onvoldoende herkenden in het nieuw geschetste profiel zijn ondersteund bij het vinden van een andere werksetting of werkgever. Een groot deel van de medewerkers kreeg als perspectief om de opleiding tot gezinsbehandelaar te kunnen volgen en een ander deel van de medewerkers was voorbestemd om de door te ontwikkelen klinische crisisunit vorm te geven als sociotherapeut, verpleegkundige of een combinatie hiervan met de functie gezinsbehandelaar. Een combinatiefunctie die overigens in 2016 bewust weer gestopt is, omdat het onmogelijke werd gevraagd van medewerkers in de combifunctie om zich te richten op zowel de specialistische doorontwikkeling van zowel IHT Jeugd als HIC Jeugd.

De transformatiefase die uiteindelijk ruim 15 maanden heeft geduurd (van najaar 2012 tot eind 2013) was een periode van grote onzekerheden. Niemand kon precies zeggen waar we op uit zouden komen en ondanks alle goede voorbereidingen en commitment van bestuur en directie, waren er zowel intern als extern toch zeker ook krachten aanwezig die gevoelens van onzekerheid periodiek enorm versterkten. Medewerkers op sleutelposities die onverwacht toch besloten niet mee te doen, collega's die vanuit een overvallen gevoel van onveiligheid in een controlereflex schoten en het creatieve ontwikkelproces daarmee bemoeilijkten. Ook incidenten die plaatsvonden op de afdelingen, omdat alleen nog de 'moeilijkste' jongeren klinisch opgenomen werden of ernstige ziekte bij collega's, maakte dat er vele momenten van twijfel zijn geweest of we het wel echt met elkaar aankonden.

Maar toch, het krachtige geloof in het nieuwe concept, voortdurende open en eerlijk gecommuniceerd door leden van de projectgroep en het management, de krachtige samenwerkingscultuur binnen de locatie Zetten, passie, bevlogenheid, authenticiteit en transparantie, uiteindelijk zijn dit dan toch de belangrijkste ingrediënten geweest waarmee we de moeilijkste passage in onze ontwikkeltocht naar een nieuw behandelconcept hebben weten te volbrengen. Vanuit interviews met medewerkers van IBC Jeugd werd duidelijk dat de context van een mensgerichte organisatiecultuur, hen de ruimte gaf om in tijden van veranderingen koers te behouden. Door het geven van uitleg en het neerzetten van een duidelijke visie. Met bereikbaar zijn, behoud van saamhorigheid, maar vooral ook met behoud van eigen identiteit wist het management medewerkers nieuwsgierig en enthousiast te maken en mee te nemen in de veranderingen. Nu we wisten en overtuigd waren wat de belangrijkste ingrediënten waren om tegenslagen aan te gaan, wisten we ook wat de belangrijkste opdracht was voor de komende jaren m.b.t. het personeelsbeleid. Vaak stelt men dat scholing de

basis is voor een garantie op professionele inzet van competenties en vaardigheden. Echter met de transformatie die de medewerkers van toen met elkaar hebben doorgemaakt weten we inmiddels ook dat onderliggend een nog veel waardevoller goed ligt: dat van de verbinding, passie en overtuiging. Een moeilijk te bevatten of te omschrijven waarde, maar onmisbaar om als team de moeilijkste problemen aan te gaan. Een onderlinge verbondenheid en vertrouwen die samen krachtig maakt, zonder daarbij de blik naar buiten te verliezen. Als metafoor is op vele momenten vaak gesproken over het brandweerkorps van de jeugd-GGZ. Als professioneel team op elkaar bouwen en vertrouwen en evenwaardig aan elkaar de moeilijkste klussen aangaan.

Anno 2019, ten tijde van het schrijven van dit werkboek hebben we de implementatiefase alweer de nodige jaren achter ons. Ten gevolge van het succes dat we door de jaren heen bereikt hebben is het team gegroeid in deskundigheid en formatie. Destijds gestart met 27 FTE aan professionals, staat er nu een team van 43 FTE: 20 sociotherapeuten/verpleegkundigen, 22 gezinsbehandelaren en een stevig team van 4 artsen, 6 GZ-psychologen, 2 systeemtherapeuten en een verpleegkundig specialist, zorgen dagelijks voor kwalitatief hoogwaardige specialistische zorg, aangestuurd door een bevlogen managementkoppel dat duaal leiding geeft en integraal verantwoordelijk is voor de organisatie en kwalitatieve inhoud.

Training en scholing, personeel kwalitatief verbonden

Deskundigheidsbevordering en onderhouden van kennis is per definitie een belangrijke peiler in IBC Jeugd. Gezinsbehandelaren en het overgrote deel van de sociotherapeuten zijn allemaal in basis opgeleid in het systemisch en gezinsgericht werken via de IAG-methodiek. Enkele medewerkers zijn verder geschoold in het systeemgericht werken. Scholing en training nemen een belangrijke plaats in binnen het hedendaags functioneren van IBC Jeugd. Standaard staat de training '5 steps to change' van Trifier op het programma, evenals de training signaleren en communiceren kindermishandeling, de training suïcidepreventie en tal van standaard trainingen zoals levensreddende handelingen, BHV, medicatie kennistraining en de specifieke training voorbehouden handelingen verpleegkundigen. Medewerkers krijgen ook ruimschoots de gelegenheid om gebruik te maken van het grote aanbod aan trainingen en modules zoals aangeboden in het Karakter Leerportaal of GoodHabitx.

Hiernaast bestaan voor iedere medewerker verplichte intervisiebijeenkomsten, de mogelijkheid van supervisie of persoonlijke coaching en het bijwonen van het Academisch Uur van Karakter Universitair Centrum. IBC Jeugd heeft ook een maandelijkse bijeenkomst Kwaliteit, Innovatie en Deskundigheidsbevordering (KID). In deze bijeenkomsten komen tal van inhoudelijke onderwerpen aan bod komen en krijgen geregeld externe deskundigen het woord:

- Het thema *maatschappelijke verantwoordelijkheid* zoals mindset van medewerkers, verantwoordelijkheid van ouders en kind, hoe zet je het gezin in zijn kracht en laat je hen gebruik maken van hun eigen netwerk.
- Ook *methodische ontwikkelingen* komen aan bod zoals het systemisch werken, eHealth middelen, verslaglegging, of het gebruik van ervaringsdeskundigen.
- Het thema *veiligheid* krijgt aandacht door het bespreken van onderwerpen als Veilig Thuis, leefklimaat, suicide risicotaxatie of geweld binnen gezinnen.
- Als laatste vormt *netwerk* een terugkerend thema om positionering binnen de verschillende disciplines als jeugdzorg, gemeentes, sociaal wijkteam en scholen herhaaldelijk te blijven bespreken met alle dilemma's die ambulant werken vanuit de jeugd-GGZ met zich meebrengt.

T.g.v. de inhoudelijke en methodische doorontwikkeling, gedragen door een krachtige visie van het concept IBC Jeugd, zien we ook de vraag toenemen naar meer specialistische scholing en training. Zoals in de voorgaande hoofdstukken te lezen was, ervaren we binnen de doelgroep waar IBC Jeugd zich op richt, niet zo zeer een toename in ernstige biologisch-psychiatrische problematiek (slechts 10%), maar veelal ernstige sociaal-emotionele ontwikkelingsproblematiek in combinatie met vaak reeds langer durende systeemproblematiek die onderliggende kwetsbaarheden bij de jongere in ernstige mate luxeren. Eenmaal bij IBC Jeugd aangemeld, is sprake van nagenoeg totale ontwrichting binnen het gezinssysteem, het sociale systeem en stagnatie in de ontwikkeling van de jongere. Deze meer specifieke kijk op de aard en oorzaak van de problemen, vraagt ook steeds meer om kennis en vaardigheid om hier samen met het gezin een oplossing voor te vinden.

De zoektocht naar passende behandelmogelijkheden heeft in het voorjaar 2018 geleid tot het contact met Attachment Based Family Therapy (ABFT), in de persoon van prof. dr. Guy Bosmans (hoogleraar Katholieke Universiteit Leuven, België). ABFT omvat belangrijke ingrediënten voor jongeren met TRIP om te komen tot herstel van gehechtheidsrelaties met ouders en daarmee tot vertrouwen in zichzelf en in behandeling. Hoewel oorspronkelijk ontwikkeld voor jongeren met stemmingsklachten (Diamond, Diamond, & Levy, 2014) is er een grote overlap met andere TRIP en blijkt de werkzaamheid van een transdiagnostische aanpak ook in de klinische praktijk. Hiermee sluit ABFT aan bij het theoretisch model dat gehanteerd wordt betreffende de etiologie en passende therapeutische interventies. Op het moment van schrijven zijn nauwe contacten met België,

waarbij verkennende gesprekken plaatsvinden om medewerkers IBC Jeugd te trainen in kennis en vaardigheden ABFT. Tevens wordt gezocht naar mogelijkheden om te komen tot gezamenlijk wetenschappelijk onderzoek.

Het personeel, het kapitaal van de organisatie. De transformatie heeft ons geleerd dat loyale en betrokken medewerkers in staat zijn om bergen te verzetten en veranderingen te omarmen.

Van de medewerker die conform de regels en structuren op afroep, zijn werk doet, getransformeerd naar ambassadeurs van de organisatie. Bij IBC Jeugd spreken we vaak over eigenaarschap. Het IBC Jeugd is van ons allen, waarbij de kracht niet zit in een groter ik, maar een breder wij!

5.2 Transformatie van de cultuur van de organisatie, van instellingsdenkend naar eigenaarschap

Vanaf de jaren '90 van de vorige eeuw is een ontwikkeling op gang gekomen, waarbij het werken volgens procedures en richtlijnen steeds belangrijker werd. De WGBO en de BOPZ deden hun intreden binnen de jeugd-GGZ. Ook startte een proces van toenemende digitalisering. Inmiddels heeft iedere medewerker zijn eigen 'bureaublad' met tal van applicaties waarop hij/zij het eigen proces kan verantwoorden en controleren. Voorheen alleen nog op de werklocatie, heden kan men wereldwijd op afstand inloggen en 'werken'. Het werken met en volgens controlesystemen is binnen veel organisaties maatgevend en bepalend geworden voor de geleverde kwaliteit. Heden bestaat het werk van een behandelaar (m.u.v. sociotherapeuten) voor ca 50% uit indirecte tijd, waarvan het merendeel besteed wordt achter de computer. Digitale administratie en controlesystemen zijn niet meer weg te denken uit het hedendaagse werk van de hulpverlener. Mogelijk zijn we zelfs op weg naar verdere digitalisering en robotisering, waarbij over pakweg twintig jaar een callcenter aan de andere kant van de wereld de wachtlijsten landelijk beheert en applicatie-experts op een touchscreen de behandelproducten klaarzetten, waarmee ten finale via videoconferencing het gezinsgesprek of de behandelinterventie kan plaatsvinden. Het zou dus kunnen zijn dat wat nu gezien wordt als de ultieme vorm van bewezen effectieve hulpverlening over enkele jaren als ouderwets bestempeld zal worden. Zolang de context waarin de zorg moet plaatsvinden aan verandering onderhevig is, zal ook de zorg in beweging zijn.

De enige stabiele factor in deze constant veranderende wereld, lijkt vooralsnog de mens als hulpverlener. In het licht van de ontwikkeling en implementatie IBC Jeugd willen we hier graag op inzoomen. Evolutionair gezien heeft de mens al langdurig een intrinsieke drive is om de ander te willen helpen. Waar we zien dat

de ander het moeilijk heeft of vastloopt hebben we gelukkig als mensen het empathisch vermogen om ons in de ander in te leven. Daar waar de drive groot is en mensen passie voelen voor de ander, kiest men niet zelden de zorg als werkveld. Hoe verstaan we dan toch met elkaar de kunst om niet alleen tot inhoudelijk resultaat van behandeling te komen, maar ook tot voldoening van eigen menselijke behoeften, zoals erkenning en zelfverwezenlijking. Bij de ontwikkeling van IBC Jeugd heeft dit aspect voortdurend als basis gediend. De medewerker moet ruimte voelen om zich steeds weer te verhouden naar veranderende omstandigheden.

IBC Jeugd was niet alleen een nieuw en innovatief behandelconcept, maar vroeg ook om een verandering van cultuur en daarmee structuren binnen de organisatie, of liever gezegd ruimte om buiten de gebruikelijke organisatiesystemen en kaders te mogen denken en werken. In de basisvisie werden de woorden: bereikbaarheid, benaderbaarheid, continuïteit, flexibiliteit en samenwerking opgenomen. Woorden of liever gezegd waarden, die voor jongeren en hun gezin perspectief en borging bieden. Snelle toegankelijke crisishulpverlening, 24/7 bereikbaar, een deskundige professional altijd benaderbaar en flexibele inzet op geleide van wat nodig is binnen het gezin en de insteek is dat we het altijd samen doen.

Nadat in 2013 de kernwaarden voor IBC Jeugd opgesteld waren, werd ook heel snel duidelijk dat dit een ander type medewerker vroeg. Alhoewel het nog altijd ging om medewerkers die gepassioneerd en gedreven de andere mens wilde helpen, wilde IBC Jeugd medewerkers zonder 9-5 mentaliteit, niet vastgeketend aan strikt vaste werkdagen en flexibel inzetbaar op wat op dat moment nodig is. Medewerkers die het aandurven om 'buiten de gebruikelijke lijntjes te kleuren'. Creatief in oplossingen kunnen denken en realiseren dat crisis een verandermoment kan betekenen.

Niet in de laatste plaats moest deze 'nieuwe' medewerker zich ook nog eens in redelijke mate kunnen voegen naar de op dit moment geldende organisatie-systemen.

Regelmatige momenten van bezinning en reflectie hebben de 'nieuwe' en het gewenste type medewerker opgeleverd binnen IBC Jeugd. Medewerkers van IBC Jeugd zijn rijk geworden door hun ervaringen en beter voorbereid op de toekomst. De IBC Jeugd medewerker-populatie kenmerkt zich door het ontbreken van een 9-5 mentaliteit, niemand heeft contractueel vastgelegde werkdagen of werkuren. Maatgevend v.w.b. contractuele afspraken is de individueel afgesproken declarabele urennorm, waar medewerkers individueel en als team verantwoordelijk voor zijn. Vrije dagen of lengte van vakantieverlof hoeft men geen toestemming voor te vragen. Medewerkers bepalen zelf wanneer zij hun interne of externe gezinsafspraken hebben. Thuiswerk is algemeen gebruikelijk. De medewerkers

bepalen en bewaken hun eigen caseload en als team bestaat er een verantwoordelijkheid om de afgesproken wachttijdnorm niet te overschrijden. Gezinsbehandelaren die altijd in (wisselende) koppels samenwerken, bepalen zelfstandig of zij met z'n tweeën of alleen naar het gezin gaan en zijn zich hierbij bewust van het dubbele kostenaspect (indien zij met z'n tweeën gaan). Gezinsbehandelaren en sociotherapeuten bepalen zelfstandig en in samenspraak met het gezin of een korte klinische interventie op de HIC Jeugd noodzakelijk is. Medewerkers bepalen in belangrijke mate hun behoefte om kennis en vaardigheden op peil te houden en zetten hier acties op uit. De medewerker die t.g.v. ziekte is uitgevallen bepaald in belangrijke mate zelf de weg naar herstel.

We hebben geleerd ons te verhouden naar de systemen van een organisatie en onze eigenheid te behouden. Soms vertragen, soms verdragen, soms een kritische opstelling, soms strijd, maar bovenal geloof in eigen kunnen en het zoeken naar creatieve oplossingen. Helpend in het zoeken naar creatieve oplossingen is geweest, het in 2016 binnen IBC Jeugd geïntroduceerde begrip 'zelforganisatie'. Dit werkboek is niet bedoeld om de filosofie en methodiek m.b.t. zelforganisatie geheel uit te diepen. Echter, omdat het begrip *zelforganisatie* een complex fenomeen is bestaande uit een heel palet aan keuzes, maatregelen en bovenal cultuurverandering, maar toch ook hier en daar veel verwarring oproept, willen we op dit aspect nader ingaan en zicht geven op hoe 'zelforganisatie' haar beslag krijgt binnen IBC Jeugd. IBC Jeugd beschouwt zichzelf immers als een zelforganiserend organisatieonderdeel, waarop zij in belangrijke mate het succes van de organisatie denkt te kunnen verklaren.

Zelforganisatie

Zelforganisatie volgens het IBC Jeugd gedachtegoed is een op zich logisch, maar in de praktijk complex samenhangend geheel van drie pijlers: *visie, kaders en terugkoppeling*. Een belangrijke pijler van zelforganisatie is teamsamenwerking. Niet het individu, maar het team als geheel is verantwoordelijk voor de te behalen resultaten, zowel inhoudelijk als bedrijfsmatig. De basis hiervoor is evenwaardigheid. Evenwaardig aan elkaar streeft het team naar het behalen van gemeenschappelijk gestelde doelen, ook al is er binnen het team een ongelijkwaardigheid aan kennis, vaardigheden, draagkracht, hiërarchische positie, enz. Met z'n allen één doel, maar met ieders eigen inbreng en mogelijkheden. Op deze manier kun je ook geoorloofd verschil maken in bijv. de productiviteitsnorm of productiesnelheid van een oudere werknemer t.o.v. een jongere werknemer. Een medisch specialist heeft bijvoorbeeld binnen een team een andere positie dan andere disciplines. Binnen de taakstelling van het organisatieonderdeel kan er daarmee verschil ontstaan tussen lage productiviteit (maar wel noodzakelijk t.b.v. doel-

realisatie) en hoge productiviteit tussen medewerkers. Het blijft evenwel belangrijk om dit open en transparant te communiceren met het voltallig team.

De taakstelling van een organisatie(onderdeel) moet geborgd zijn in een duidelijk visie met een aantal krachtige kernwoorden. Deze visie vormt de eerste pijler en moet bij alle medewerkers goed ‘tussen de oren’ zitten. De visie is in feite de reden van ons bestaan (‘hiertoe bestaan wij en wij doen er toe’) en is het ‘waarom’ volgens de al eerdergenoemde cirkel van Sinek. Hier gaat veel tijd in zitten en vraagt ook continue herhaling, omdat men in een complexe organisatie steeds onder druk staat van krachten die neigen tot een andere besturingsfilosofie (de zogeheten controlereflex of angst om te delegeren), maar ook omdat wij onszelf en/of onze klanten ons in ons denken op het verkeerde spoor neigen te zetten. Een continue focus op de visie geeft een houvast op de taakstelling van een organisatie(onderdeel).

Een belangrijk aspect hierbij is het geloof van eenieder in de visie. Het geloof creëer je door als uitgangspunt te nemen ‘practise what you preach’. Pas dan ben je geloofwaardig en is het makkelijker om je focus te houden. Zo ligt er vanuit onze visie op zelforganisatie een heel nauw verband tussen het inhoudelijk product en de methodische wijze waarop ieder hiermee werkzaam is enerzijds en de wijze waarop een organisatie en manager vormgeeft aan HR-beleid (de sturing van het menselijk kapitaal van een organisatie) anderzijds. Zo gaan we bijv. vanuit de methodische werkwijze IBC Jeugd uit van het stimuleren van de eigen kracht van het gezin, niet vertellen wat een ander moet, maar prikkelen/confronteren en laten ontdekken hoe men zelf weer positieve invloed kan uitoefenen op het gezin, de opvoeding, school en daarmee feitelijk invloed heeft op het eigen leven. Maximale inzet op herstel van vertrouwen en empowerment van ouder/opvoeder en kind. Deze houding van vertrouwen en empowerment zal niet alleen vanuit ouders naar hun kind moeten komen, maar ook vanuit behandelaars naar de jongere en zijn ouders én vanuit management naar medewerkers. Medewerkers gaan pas écht geloven en acteren naar de kernwaarden van de inhoudelijke behandeling, wanneer zij een parallel ervaren in hoe het management met hen omgaat. Een medewerker die positief gestimuleerd wordt om met oplossingen te komen, vertrouwen en regelruimte krijgt zal zich adequater en meer betrokkenen opstellen.

Een volgende pijler wordt gevormd door de zogeheten kaders. Het ‘waarom’ uit stap één is bepalend voor het ‘wat’ in stap twee. De kaders komen voort uit de visie van de organisatie, waarbij de inhoud zowel bedrijfsmatig als inhoudelijk bepaald wordt. Een kader is bijvoorbeeld dat ieder zijn eigen ondernemer is en dat we samen de onderneming zijn. Binnen een gezin heeft ieder een verantwoordelijkheid om het gezin draaiende te houden en samen zijn we het gezin.

Zo ook binnen een organisatie. Kaders kunnen heel divers zijn; kaders zijn in feite strakke of minder strakke bepalingen voor verschillende inhoudelijke of bedrijfsmatige resultaatgebieden passend bij de visie; een kader m.b.t. een methodisch werkproces, een kader m.b.t. veiligheid, attitude en omgangsvormen, maar ook een kader in hoe wij met elkaar een probleem delen en oplossen óf nog mooier, het kader dat we juist willen leren van elkaar door het delen van successen.

Kaders dienen dus steeds afgestemd en passend te zijn bij de visie van de organisatie, de inhoudelijke taakstelling en de beoogde resultaten. Bij een afdeling gericht op crisis-, spoed- en intensieve zorg past geen 9-5-mentaliteit. Vanuit de visie stellen we flexibel en beschikbaar te moeten zijn teneinde de goede zorg te kunnen leveren. Binnen het kader (het wat) stellen we dat we een constructie van 24/7 bereikbaarheid noodzakelijk vinden, waarbij in het hoe bepaald is dat medewerkers IBC-Jeugd niet werken met vaste werkdagen of werktijden.

Vanuit het waarom, wat en hoe + gerichtheid op zelforganisatie gaan medewerkers gecoacht en gezamenlijk aan de slag om de ogenschijnlijke chaos van het niet hebben van een vaste traditionele werkstructuur, te komen tot een ordening. Niet altijd heel erg inzichtelijk (controleerbaar), maar wel met het resultaat dat het doel behaald wordt en ieder daar tevreden mee kan zijn.

Het mooie van voldoende ruime, maar vooral ook duidelijke kaders is dat medewerkers meer geneigd zijn om binnen de gegeven ruimte te exploreren en tot ontwikkeling komen. Geen of te weinig kaders maakt dat veel mensen geneigd zijn om vooral te kiezen voor dat wat men altijd al deed, veelal uit angst om iets fout te doen. Zelforganisatie vraagt naast een heldere visie op inhoud derhalve ook om een goede balans in de te stellen kaders.

Een derde belangrijke pijler in zelforganisatie is de terugkoppeling van resultaten op doelen. Werknemers kunnen op basis van visie en de daarbij gestelde kaders alleen maar resultaten beoordelen wanneer zij voortdurend feedback krijgen. Dat gaat van klein naar groot. Feedback op een enkel gesteld behandeldoel tot aan de realisatie van grotere bedrijfsmatige resultaten. Soms zijn het hele duidelijk resultaatgebieden met harde cijfers waar het team deelgenoot van gemaakt wordt, maar waarbij ook een gezamenlijke oplossing gevonden kan worden bij een probleem. Expliciet willen wij hierbij benadrukken dat het bovenal belangrijk is om vooral óók successen in gezamenlijkheid te vieren. Mensen in het algemeen leren meer van succeservaringen dan van controle en dwang. Soms zijn het ook veel minder tastbare resultaatgebieden waarop we als team feedback delen. Uitgangspunt is ook hier dat niet één persoon de feedback beoordeelt, maar met z'n allen. Iedere werknemer is zijn eigen ondernemer en het gehele team de onderneming. Met de juiste inzet en aandacht vanuit de organisatie op terugkoppeling naar haar werknemers of vanuit de manager naar de medewerkers

ontstaat binnen een zelforganiserend organisatieonderdeel ook gerichtheid op de PDCA-cyclus.

Hoe kunnen managers hun rol vervullen bij zelforganisatie?

Een goede zelforganisatie zal veelal gelijk staan aan een High Performance Organisatie (HPO), gekenmerkt door een open interne communicatie, visie op lange termijn / duurzaamheid, gericht op verbetering en vernieuwing, medewerkers die uitgedaagd worden om verantwoordelijk te zijn, onder inspirerend en krachtig leiderschap. Teams waar zelforganisatie goed is ingebed laten doorgaans goede resultaten zien op productie, klant- en medewerkertevredenheid en laag (arbeid gerelateerd) ziekteverzuim. Wie wil dit nu niet!

Zelforganisatie valt of staat bij de mate waarin de manager inspirerend leiderschap toont. Kenmerkend is een coachende en faciliterende leiderschapsstijl, waarbij rondom de werknemers een structuur en sfeer ontstaat waarop zelforganisatie kan plaatsvinden. De grote denkfout die vaak gemaakt wordt is dat een organisatie denkt dat er bezuinigd kan worden op de inzet van management. Het team organiseert immers zelf, *dús* is minder leiding nodig. We zetten de manager op grotere afstand. Niets is minder waar, de inzet van de manager is nog altijd even groot en bij tijden zelfs groter dan bij traditionele sturing. Om als inspirator te kunnen dienen is zichtbaarheid en bereikbaarheid juist van belang. De manager heeft als belangrijke taak om steeds de faciliteiten te bieden waarop het team zelforganiserend kan zijn. Het rendement van zelforganisatie zit uiteindelijk niet in de besparing op managementkosten, maar in het lagere ziekteverzuim, de hogere productiviteit en lagere verspilling.

Wat de manager nodig heeft, ligt weer in parallel met de inhoudelijke visie en taakstelling. Wil een manager zijn medewerkers vertrouwen geven en serieus nemen als participant van het gehele team, dan zal de manager zichzelf daarbij op zijn beurt serieus genomen moeten voelen door de managementlagen boven hem. Een manager die 'afgerekend' wordt op resultaten heeft een basale neiging dit op eenzelfde wijze door 'te rekenen' naar zijn medewerkers. Onvoldoende vertrouwen, bevoegdheden en regelruimte beperken de manager waardoor (groei naar) zelforganisatie geen voedingsbodem krijgt. De kaders die de manager 'mee krijgt' vanuit het hogere management moeten passend zijn bij de doelstelling van het team en daarmee impliciet de inhoudelijke doelstelling van het inhoudelijke product en uiteindelijk de klant als afnemer.

Van denken in vaste organisatiesystemen naar eigenaarschap is durven loslaten, vertrouwen in de ander, evenwaardigheid en transparante communicatie. Lef en doortastendheid vanuit de organisatie, leer van successen, elimineer denkfouten en controlereflexen, en denk niet dat wat je vandaag bedenkt morgen gerealiseerd is.

5.3 De transformatie van kliniek 'achter de schutting' naar zichtbaar in het netwerk

In de inleiding werd geschetst op welke wijze de toenmalige kliniek in Zetten binnen het geheel van de samenleving stond. De toenmalige samenleving dan wel te verstaan. We deden waar we goed in waren en waren goed in wat van ons verwacht werd. In die tijd was het gebruikelijk dat een jongere met ernstige problemen uitgebreid geobserveerd en gediagnosticeerd werd, veelal een langere periode opgenomen bleef en een uitgebreid pakket aan therapieën en begeleiding aangeboden kreeg. Ouders en overige gezinsleden waren in hun zoektocht naar passende hulp de uitputting nabij en de overtuiging was, dat rust en herstel van het gezin in de thuissituatie tot stand zou komen bij een uithuisplaatsing van de geïdentificeerde patiënt. De ogen van eenieder, zowel die van de hulpverlener, het gezin en de omgeving waren gericht op het 'ziek zijn' van het kind. Op doktersadvies kregen jongeren 'vrijstelling' van onderwijs vanuit de overtuiging dat rust en 'pas op de plaats maken' voorwaardelijk waren om tot verandering en herstel te kunnen komen. Inmiddels weten we dat juist momenten van verwarring en crisis, kansen voor verandering zijn. Ten tijde van de opname, kwamen ouders één maal per week op bezoek en om de 14 dagen mocht de jongere een nachtje met verlof naar huis.

Groepsstructuur en groepsdynamische processen waren het leidende principe. Een jongere moest aansluiting hebben bij de peergroup en de peergroup tijdens opname bestond uit gelijkgestemden op de groep waar de jongere was opgenomen. De uitval binnen de reguliere samenleving werd daarmee vervangen door de peergroep van een subsamenleving, waarin de 'zwakkere' zijn gelijke vond binnen de klinische setting. Jongeren leerden zich handhaven binnen de instellingsstructuur en –cultuur en spraken niet zelden dezelfde hulpverlenerstaal zoals gebruikelijk in de klinische setting. Wanneer naar mening van de professional de behandeling voldoende resultaat had gegeven werd het ontslag voorbereid, hetgeen destijds voor een belangrijk deel ingegeven werd door de in tijd gelimiteerde opnameperiode. Exacte uitstroomdata zijn onvoldoende bekend of valide, maar uit de overleveringsverhalen mag geconcludeerd worden dat ca. 30% terug naar huis ging en 70% het klinische traject voortzette binnen de jeugdhulpverlening, beschermde woonvormen, kamertrainingscentra, volwassenen-psychiatrische behandelklinieken of gesloten jeugdzorg.

Ondanks dat we als IBC Jeugd het hiervoor geschetste beeld anno 2019 niet meer kunnen voorstellen, is het nog maar slechts enkele jaren geleden, dat we hiermee precies deden wat van ons verwacht werd en we het goed deden.

IBC Jeugd als netwerkorganisatie

IBC Jeugd heeft zich destijds niet tot doel gesteld om de opnamecapaciteit te reduceren of de opnameduur te verkorten, maar heeft een langere periode van reflectie genomen en daarbij de slogan 'Beter worden doe je thuis' geïntroduceerd. Door voortdurend met elkaar in gesprek te zijn over 'wat als een kind met ernstige psychiatrische problemen thuis zou herstellen', werd langzaam 'de schutting', waarachter de kliniek in Zetten zich bevond afgebroken. Geholpen door de druk van de hervormopdracht en geïnspireerd door het voorbeeld in Zweden, werd er een voedingsbodem gecreëerd waarop gedachten en ideeën mochten ontkiemen. Stap voor stap werd duidelijk dat we aan de vooravond stonden van een majeure verandering, een 180 graden andere kijk op intensieve en complexe psychiatrische hulpverlening bij jeugd. Niet meer alleen de jongere als de geïdentificeerde patiënt, maar als volwaardig lid van het gezinssysteem. Niet meer de ouders als mislukte opvoeders valideren, maar in hun kracht zetten als zelfverkozen en verantwoord opvoeder. Niet meer gericht op ziekte en belemmeringen, maar op gezonde aspecten en kansen om weer regie te hebben over het eigen leven. Niet meer een groepsdynamische cultuur maar een op maat afgestemd individueel traject, waarbij de jongere samen met zijn of haar gezin werkt aan herstel en aansluiting binnen de samenleving. Niet meer klinisch, maar intensief ambulant met waar nodig voorafgaand of tijdens een ambulant traject, een kortdurende klinische interventie waarbij altijd minimaal één ouder of vertrouwenspersoon van de jongere participeert in de begeleiding van de jongere op de afdeling.

IBC Jeugd doet er alles aan om de jongere te behouden op of terug te laten keren naar de school van herkomst, ondanks dat jongeren vaak langere tijd 'geoorloofd' verzuimd hebben.

In nauwe samenspraak tussen jongere, ouders, behandelaren, onderwijsinstellingen en de leerplichtambtenaar wordt een plan van aanpak opgesteld waarbij de jongere kort na de start van het IBC Jeugd-traject zijn ontwikkeltaken weer oppakt. Scholen zijn vanaf de start van de implementatie een van de voornaamste samenwerkingspartners geworden.

Aansluiting vinden binnen de eigen maatschappelijke context en sociale leefomgeving van de jongere en het gezin is evenzo een belangrijk speerpunt in de behandeling. Waar nodig wordt een steunend systeem gebouwd op basis waarmee de jongere kan resocialiseren.

Ook de samenwerking met talloze lokale zorgaanbieders en instanties is geïntensiveerd. Waar mogelijk wordt voorkomen dat jongeren lange afstanden moeten reizen naar de poli van Karakter, terwijl lokaal ook eventueel geïndiceerde therapieën een goed alternatief zijn. De behandelaar vanuit IBC Jeugd onderhoudt samen met het gezin de contacten met betrokken zorgaanbieders.

Ook daar waar noodzakelijkerwijs, ondanks alle inspanning om de jongere in de eigen sociale omgeving te laten herstellen, gebruik gemaakt moet worden van een klinische voorziening bij collega-organisaties is er vanuit IBC Jeugd alles aan gelegen om maximaal samen te werken, gericht te zijn op kennisoverdracht en waar nodig concrete ondersteuning. De verwijzende instantie en veelal ook de verantwoordelijke aan wie de zorg terug overgedragen wordt, is steeds nauw betrokken en geïnformeerd.

Sinds 2015 kennen we een nieuwe samenwerkende partij; de gemeenten, een belangrijke netwerkpartner. Niet alleen als financier van de jeugdzorg of als loket voor het aanvragen van beschikkingen, maar voor IBC Jeugd vooral op inhoudelijk vlak. Voor zover er al niet contact is bij verwijzing, wordt kort na de start van het IBC Jeugd-traject door behandelaren samen met het gezin contact gezocht met het lokale wijkteam. Complexe problematiek vraagt een multidisciplinaire en multidimensionale aanpak. Nergens komt zo nadrukkelijk naar voren 'It takes a village to raise a child' als in contact met het wijkteam. Het wijkteam is nodig als deskundige van de lokale sociale kaart, heeft een verantwoordelijkheid voor haar burgers en kan wegen bewandelen die anders onbegaanbaar lijken. De gemeente is ook de deskundige op het vlak van demografische inrichting, zij kennen de wijk, de buurt als geen ander, waarmee nog beter aangesloten kan worden op de behoefte van het gezin.

Samenwerking en kennisdeling op landelijk niveau

De ontwikkelingen van Karakter IBC Jeugd zijn ook landelijk niet onopgemerkt gebleven. Met de opening van de eerste HIC Jeugd in december 2014 in Nijmegen is een trend gezet in de ontwikkeling van HIC Jeugd en IHT Jeugd in het land. Vanuit het hele land stroomden en stromen nog altijd verzoeken binnen voor een werkbezoek, met een rondleiding op de HIC Jeugd. Belangrijker echter dan de rondleiding is het verhaal over de redenen en het succes van het vooral niet opnemen van jongeren in een kliniek. Niet de gebouwelijke aanpassingen van een HIC zijn het belangrijkste, maar de andere mindset aan denkkaders van waaruit je werkt. Werkbezoeken worden niet alleen aangevraagd door collega's vanuit de jeugd-GGZ. Geregeld heeft IBC Jeugd bezoek van zorgmedewerkers uit diverse werkvelden en gemeentelijke bestuurders en ambtenaren.

Ook presenteert IBC Jeugd zich op congressen, symposia, studiedagen en is het lokaal en landelijk nauw betrokken bij tal van overlegvormen. Zo is IBC Jeugd verbonden met het landelijke HIC-platform en IHT-platform, zoals deze oorspronkelijk waren opgericht binnen de volwassenenpsychiatrie. Bij deze platforms heeft IBC Jeugd de variant 'Jeugd' gepresenteerd. Meerdere jeugd-GGZ-organisaties zijn inmiddels verenigd in een HIC Jeugd en IHT Jeugd versie, waarbij we niet alleen

het verschil maken in doelgroep qua leeftijd, maar ook de meerwaarde tonen van een gecombineerde en zonder schotten operationele versie HIC+IHT Jeugd, verbonden in één organisatie IBC Jeugd. Internationale contacten heeft het IBC Jeugd momenteel o.a. met Duitsland, België, Zweden en Canada. Hierin worden momenteel de mogelijkheden van samenwerking op inhoudelijke zorg, wetenschappelijk onderzoek en kennisuitwisseling onderzocht.

Vanuit de eerder beschreven visie op eigenaarschap hebben alle medewerkers van IBC Jeugd een belangrijke rol in de overdracht van kennis en informatie. Ieder is op zijn eigen manier een ambassadeur in de verspreiding van visie en werkwijze. Alle medewerkers zijn mede-eigenaar van het IBC Jeugd en daar hoort ook bij, inzet op het delen van kennis van het product. Dat kan zijn het geven van presentaties, korte lijnen onderhouden met wijkteams, het verzorgen van workshops en trainingen, collega instellingen bezoeken en gecombineerd met een warme overdracht van een jongere in overdracht naar bijvoorbeeld een gesloten jeugdzorginstelling, concreet een aantal diensten meewerken in een collegiale instelling. Los van gerichte en/of geïndiceerde acties gericht op kennisoverdracht, zit het overdragen van kennis en vaardigheden impliciet geborgd in de werkwijze waarbij in iedere casus samengewerkt wordt met scholen, instellingen en wijkteams.

5.4 Kosten van de zorg, toen en nu

In het verleden werd de zorg, ook voor jongeren tot 18 jaar, gefinancierd door de zorgverzekeraar. Sinds 2015 is de zorgfinanciering voor jongeren tot 18 jaar geregeld via de gemeente waar de jongere woont. De gemeente geeft dan een zogenaamde beschikking aan de zorgaanbieder. Voor het verkrijgen van een beschikking moet er een contract opgesteld worden over tarieven voor geleverde zorgproducten. Vanuit de Vereniging Nederlandse Gemeenten (VNG) zijn enkele richtlijnen meegegeven waar gemeenten zich aan moeten houden. Desalniettemin houden gemeenten veel ruimte voor onderlinge verschillen, zoals ook de ruimte om jaarlijks aanbestedingen te doen, waarop zorgaanbieders kunnen inschrijven tegen een voor hen acceptabel tarief. Vervolgens wordt onderhandeld over de prijs, waarbij de gemeente zoekt naar een zo hoog mogelijke kwaliteit tegen een zo laag mogelijk tarief, hetgeen logisch is omdat de zorgkosten jaar op jaar lijken toe te nemen. Gemeenten stellen in veel gevallen een maximum aan het budget en hoge eisen aan verantwoording, controle op budgetbeheersing en facturatie.

Voor 2010 duurden opnames in Zetten doorgaans zo'n 8 maanden, maar ook bij een verkorting van de opnameduur naar gemiddeld 4-5 maanden bleven de kosten nog altijd steken op zo'n € 60.000-70.000 per jongere. De financiering hiervoor was op basis van bedbezetting en daarom relatief gemakkelijk te

verwezenlijken. Bij de ombouw naar IBC Jeugd was op financieel gebied nog veel onduidelijk. Jongeren zouden nog maar voor een heel klein deel klinisch opgenomen worden, niemand wist hoeveel bedden gemiddeld bezet zouden zijn en ambulant werken was financieel erop of eronder. Ook de personele kosten zouden gaan toenemen wanneer de grote groep sociotherapeuten van weleer van functie zou veranderen naar gezinsbehandelaar, om nog maar niet te spreken van de hoge bijkomende onkosten voor reizen en mobiele apparatuur.

Hoe gaan we hiermee om bij IBC Jeugd

IBC Jeugd is in aanloop van de ombouw in gesprek gegaan met de zorgverzekeraar en later met gemeenten. In deze gesprekken was het belangrijk om begrijpelijk te maken waarom financiering van de klinische zorg niet moet plaats vinden op basis van bedbezetting, maar op basis van beschikbaarheid. Om dat te doen is de functie van de *HIC Jeugd* vergeleken met die van de brandweer. Er is altijd een korps nodig, dat per direct in actie kan komen als er ergens brand uitbreekt. Het korps heeft een kazerne van waaruit gestuurd en gecoördineerd wordt. De brandweer beschikt ook over voertuigen en apparatuur van hoogwaardige kwaliteit, voorzien van de modernste hulpmiddelen. De brandweertieners, die onder de meest extreme omstandigheden hun werk moeten uitvoeren zijn goed getraind. Zo zagen en zien wij ook de IBC Jeugd en specifiek de *HIC Jeugd*. Het is nooit zeker of het team maximaal paraat moet staan of dat er een periode relatief weinig te doen is. Wat echter altijd nodig is, is een voorziening met bedden die bij crisis per direct benut kunnen worden en een team dat per direct inzetbaar is, goed getraind en voorbereid op de meest extreme omstandigheden.

Het inhoudelijke verhaal en de metafoor van de brandweer hebben er destijds aan bijgedragen dat de financiële zorgen over de rendabiliteit van m.n. de *HIC Jeugd* verdwenen. Vanuit de zorgverzekeraar en later de gemeenten werd besloten tot het toekennen van een zogeheten beschikbaarheidssubsidie. Beschikbaarheidssubsidie bestaat uit een vast bedrag per jaar voor bijna de helft van de onkosten van de *HIC Jeugd*. Daarmee kreeg de *HIC Jeugd* een vast budget per jaar, waarbij niet de verplichting bestaat de bedden te 'vullen', maar beschikbaar te zijn. Het grote voordeel dat daarbij ontstaat is dat er nagenoeg altijd een bed beschikbaar is voor acute crisis in de subsidiërende regio's en meer lef en durf bij behandelaren en gezinnen om complexe jongeren intensief ambulant te helpen via IHT Jeugd. Er is immers altijd de mogelijkheid voor een gezin (dat een IHT Jeugd-traject volgt) om kortdurend en per direct aanspraak te maken op een bed. Hiermee kan beter gestuurd worden op wat inhoudelijk het beste is voor de jongere en zijn/haar gezin.

Inmiddels conformeren steeds meer regio's en gemeenten zich aan het model, echter vraagt dit wel jaarlijks intensief overleg met en herhaalde uitleg aan gemeenten vanwege regelmatig wisselende gemeentelijke besturen en ambtenaren.

IHT Jeugd was veel complexer om financieel in beeld te krijgen en te verantwoorden. We hadden in Nederland geen referentiekader waar we ons aan konden meten, we hadden nog geen idee hoeveel jongeren per jaar aangemeld zou worden en konden alleen op papier bedenken hoeveel tijdinvestering een IHT Jeugd-casus werkelijk zou gaan vergen. Vanaf de start van IBC Jeugd verzamelen we daarom data, om zo goed mogelijk het financiële beloop van de organisatie te voorspellen. Zo blijkt de gemiddelde kostprijs voor een IHT Jeugd traject met mogelijkheid voor een kortdurende klinische interventie net onder de € 30.000 te liggen. Dit is nog altijd een fors bedrag, maar beduidend lager dan de kosten enkele jaren geleden bij een relatief lange klinische opname in een jeugd-psychiatrische kliniek.

Om te beoordelen in hoeverre deze investering per jongere niet alleen inhoudelijk, maar ook financieel rendabel is, is eind 2015 een intersectorale businesscase uitgevoerd door bureau Sinzer in de gemeente Nijmegen (Sinzer, 2015). Gemeten en financieel vertaald zijn de kosten van een periode van 4-5 maanden care as usual t.o.v. het huidige model IBC Jeugd. Het resultaat bleek 34% rendement voor de samenleving, oftewel iedere euro investering levert € 1,34 op. Het model IBC Jeugd was weliswaar kostbaar, maar leverde ook een behoorlijk rendement op. Het onderzoek is niet zo ver gegaan dat gemeten is welk effect het IBC Jeugd zou hebben op de zogeheten zorgconsumptie gedurende de levensloop van een jongere. Echter, zoals nu blijkt, heeft slechts 10% klinische vervolgzorg nodig t.o.v. ca. 70% destijds. Verondersteld mag worden dat het lange termijn rendement daarom nog hoger zal zijn. Financieel-economisch is er derhalve voldoende bewijs dat IBC Jeugd een heel belangrijke bijdrage heeft geleverd aan het goedkoper maken van de zorg.

Wat draagt de individuele medewerker bij aan een gezonde (financiële) bedrijfsvoering?

Zo transparant mogelijk inzicht geven in de (financieel) bedrijfsmatige positie van de organisatie geeft bij de medewerker kennis. Kennis die uiteindelijk leidt tot besef en reflectie. Het besef dat 'voor niets de zon opgaat' maakt dat medewerkers zich bewust worden van de noodzaak om bij te dragen aan een financieel gezonde bedrijfsvoering.

Bij deze wijze van financieren heeft de individuele behandelaar een belangrijke rol in het controleren en bewaken van de juiste beschikking op de jongere. Daarnaast heeft de behandelaar een belangrijke rol bij het zogeheten registreren van de productieve tijd die men aan de jongere heeft besteed en dit ook d.m.v.

dossiervorming kan verantwoorden. Een organisatie kan pas de factuur naar de gemeente sturen wanneer de behandelaar heeft besloten om de behandeling af te ronden. Dit betekent dat medewerkers ook verantwoordelijkheid willen en moeten nemen voor de financieel bedrijfsmatige belangen van een organisatie. Ook hierin wordt eigenaarschap van de medewerker gevraagd.

Het besef dat je niet alleen als individuele medewerker een productienorm hebt, maar ook als team, maakt dat medewerkers loyaal en solidair zijn met elkaar. Ieder snapt dat een collega die langdurig ziek is of tijdelijk een aantal andere relevante 'klussen' te doen heeft, niet zijn of haar individuele norm kan halen. Als team beoordeel je dan of wellicht de ander wat meer kan. Gezinsbehandelaren worden bij tekorten of ernstige crisis op de HIC Jeugd ook ingezet om een bijdrage te leveren aan diensten op de afdeling. Je kan niet én maximaal productieve uren schrijven én niet declarabele diensten op de HIC Jeugd werken. De compensatie die hiervoor nodig is wordt opgevangen door sociotherapeuten van het HIC Jeugdteam, die bereikbaar zijn en consultaties verrichten voor niet opgenomen IHT Jeugd-jongeren. Met elkaar ontstaat een cultuur waarin ieder een bijdrage levert aan het behouden van een gezond financieel klimaat.

Het bereiken van een gezonde bedrijfsvoering hangt ook nauw samen met hoe de medewerker zich verbonden (eigenaar) voelt van het bedrijfsonderdeel en bereid is zich hierbij flexibel op te stellen naar taken en activiteiten. Crisis in de actuele caseload en crisisaanmeldingen laat zich niet leiden. Soms is het relatief rustig en zijn behandelaars vooral beschikbaar voor dat wat komen gaat, op andere momenten wordt anderhalf keer zoveel inzet gevraagd. Flexibiliteit vanuit de medewerker is derhalve voorwaardelijk om beschikbaar te zijn wanneer nodig. Zo kan het zijn dat een medewerker al zoveel meer heeft moeten werken en al ruim voor het einde van het jaar de individueel afgesproken norm heeft gehaald. Stoppen met werken of verlof genieten en het werk overdragen aan een collega die de norm nog niet heeft gehaald is doorgaans geen optie. Binnen IBC Jeugd is de afspraak dat een teveel of te weinig aan geleverde declarabele uren gecompenseerd wordt in de norm van het nieuwe jaar. Uiteraard wordt daarbij rekening gehouden met omstandigheden die tot het niet halen van de norm hebben geleid. Medewerkers krijgen maandelijks een gedetailleerde feedback-rapportage productiviteitsuren, op basis waarvan zij hun eigen werkuren, grootte van de caseload en verlof kunnen sturen. De medewerker is hiermee mede-eigenaar geworden van het financieel bedrijfsmatige proces van de organisatie.

Bij mede-eigenaarschap hoort ook een kritische opstelling naar de investering die binnen de casus wordt gedaan. Op de HIC Jeugd bepaalt het team van sociotherapeuten in belangrijke mate zelf de bezetting van de afdeling. Op- en afschalen van personeel geschiedt op geleide van begeleidings-intensiteit van

opgenomen jongeren. De medewerkers denken niet in vaste normen van standaard diensten, maar begrijpen als er op een piekmoment twee uurtjes extra werk te doen is, dat er niet een hele late dienst ingepland wordt. Medewerkers die vooral betrokken zijn bij IHT Jeugd zijn eveneens zelfkritisch op de inzet van hun tijd. Zij zijn vrij om met z'n tweeën op huisbezoek te gaan, maar realiseren zich daarbij, dat dit dubbele kosten met zich mee brengt en doen dit alleen wanneer een dubbele bezetting ook echt meerwaarde heeft.

De medewerker die zelfkritisch is op de inzet van tijd, zal ook kritisch zijn op het rendement dat met de geïnvesteerde tijd behaald wordt of behaald kan worden. IHT Jeugd is in hoofdzaak een vrijwillig behandelproduct en vraagt grote inzet en betrokkenheid van het gezin. Het is voorwaardelijk dat gedurende het traject commitment bestaat over de te leveren inzet en de wil tot verandering aanwezig blijft. Wanneer dit in onvoldoende mate blijkt, zal de gezinsbehandelaar dit met het gezin bespreken met in het achterhoofd ook, dat we naast een gezinsgerelateerde opdracht ook een verantwoordelijkheid hebben naar de maatschappij, waarbij we geen hoge kosten maken wanneer het te verwachten resultaat niet haalbaar blijkt. Wanneer het gesprek hierover geen nieuw perspectief biedt, dan wordt het traject zo nodig vroegtijdig afgebroken en beargumenteerd en met concreet advies teruggegeven aan de verwijzer en het lokale gemeentelijk wijkteam.

Kostenbewustzijn van behandelaars maakt ook dat de behandelaar geen therapieën of behandeling voorschrijft die op dat moment niet relevant of noodzakelijk zijn. Dit is wellicht één van de moeilijkste facetten van het werk, omdat het vaak de ouder, dan wel de verwijzer is die uitgebreide diagnostiek wenst en bijbehorende trainingen en therapieën vraagt. Regelmatig is dit onderwerp van gesprek binnen de casussen IHT Jeugd.

Conclusie

Ondanks de worsteling en de onzekere tijden die ook het IBC Jeugd doormaakt rondom de financiering van haar zorg, hebben we kunnen aantonen dat het zorgproduct IBC Jeugd met IHT Jeugd aan de basis en een terugvalmogelijkheid op de geïntegreerde HIC Jeugd, aanmerkelijk goedkoper is en inhoudelijk een groter rendement oplevert dan 'care as usual'. Voorwaardelijk was dat we af durfden te stappen van traditionele financiering van 'gevolde bedden'. De organisatie mag daarbij niet vergeten om tot op medewerker-niveau transparant te communiceren hoe het verlenen van zorg en kosten met elkaar in verband staan, opdat juist de uitvoerende medewerker cruciale keuzes maakt en kan maken, waarbij inhoudelijk te behalen doelen en rendement afgewogen kunnen worden naar de investering die het kost. Het pleidooi vanuit IBC Jeugd zal dan ook altijd zijn: geef medewerkers kennis en inzicht, geef transparantie en openheid, geef medewerkers vertrouwen,

ruimte en verantwoordelijkheid. Durf als management los te laten, ook als het om geld gaat en maak medewerkers mede-eigenaar van het bedrijf.

Nawoord

Onze dank gaat uit naar onze Raad van Bestuur (Karakter) en Regiodirectie (Universitair Centrum) die ons steeds gestimuleerd en gesteund heeft tot de ontwikkeling en het levensvatbaar maken van IBC Jeugd. Ook willen we iedereen bedanken die niet rechtstreeks bij IBC Jeugd betrokken is, maar ons wel hun vertrouwen geschonken hebben. Last but not least gaat onze dank uit naar alle medewerkers van IBC Jeugd en m.n. naar hen die hun actieve bijdrage hebben geleverd aan het tot stand komen van het werkboek IBC Jeugd.

Het Werkboek Intensief Behandelcentrum Jeugd is een weerslag van de ontwikkeling, de onderliggende visie en de werkwijze van IBC Jeugd, Karakter, Universitair Centrum. Zoals niet alleen de behandeling van de binnen IBC Jeugd in behandeling zijnde jongeren stoelt op gezamenlijkheid, stoelt ook dit werkboek op een 'team-effort'. Veel medewerkers van onze afdeling zijn, direct of indirect, betrokken geweest bij de totstandkoming van dit werkboek. Daar zijn we trots op. Met dit werkboek hebben we ook een belangrijke stap gezet in het verder transparant maken van de werkwijze van IBC Jeugd. In de afgelopen jaren zijn al veel GGZ-organisaties, andere zorgorganisaties en gemeentes geïnteresseerd gebleken in onze werkwijze. Het bleek echter altijd moeilijk om in een beknopt tijdsbestek onze werkwijze goed uit te leggen vanwege de complexe, met elkaar samenhangende factoren die belangrijk zijn om onze zienswijze ook uit te voeren. Met dit werkboek hopen we dat die factoren nu in een beknopt document voldoende helder zijn weergegeven.

Ook hebben we met dit werkboek een belangrijke stap gezet in het overdraagbaar maken van onze werkwijze. Andere organisaties zijn geïnteresseerd gebleken in de aanpak van IBC Jeugd. Regelmatig krijgen we verzoeken voor kennisoverdracht, variërend van een enkele praktische vraag tot een cursorisch aanbod. Met het Werkboek Intensief Behandelcentrum Jeugd kunnen we nu ook verdere stappen zetten op het gebied van scholing.

We zijn dan ook trots op wat we bereikt hebben en de erkenning die we daarvoor ontvangen. Tegelijkertijd vinden we het belangrijk om ons ervaringsverhaal te vertellen en anderen uit te dagen nog meer in beweging te komen. Verandering kost tijd, geld en heel veel energie. Veranderen doet soms pijn en geeft verdriet, maar uiteindelijk is niets mooier dan getuige te mogen zijn van de echte verandering van een vastgelopen gezin naar een hersteld vertrouwen in elkaar, toekomstperspectief, kwaliteit van leven en weer meedoen in de samenleving.

Referenties

- Achenbach, T. M., & Rescorla, L. A. (2001). *Manual for the ASEBA school-age forms & profiles*. Burlington, VT: University of Vermont, Research Center for Children, Youth, & Families.
- Ainsworth, M. D. S., Blehar, M. C., Waters, E., & Wall, S. (1978). *Patterns of attachment: A psychological study of the strange situation*. Hillsdale, NJ: Erlbaum Associates.
- Allen, J. L., Sandberg, S., Chhoa, C. Y., Fearn, T., & Rapee, R. M. (2017). Parent-dependent stressors and the onset of anxiety disorders in children: links with parental psychopathology. *European Child and Adolescent Psychiatry*. doi:10.1007/s00787-017-1038-3
- Association, A. P. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (Fifth ed.). Washington, D.C.: American Psychiatric Association.
- Bandura, A. (1973). *Aggression: A social learning approach*. Englewood Cliff, NJ: Prentice Hall.
- Barlow, D. H., Farchione, T. J., Bullis, J. R., Gallagher, M. W., Murray-Latin, H., Sauer-Zavala, S., . . . Cassiello-Robbins, C. (2017). The Unified Protocol for Transdiagnostic Treatment of Emotional Disorders Compared With Diagnosis-Specific Protocols for Anxiety Disorders: A Randomized Clinical Trial. *JAMA Psychiatry*. doi:10.1001/jamapsychiatry.2017.2164
- Beauchaine, T. P., Klein, D. N., Crowell, S. E., Derbidge, C., & Gatzke-Kopp, L. (2009). Multifinality in the development of personality disorders: a Biology x Sex x Environment interaction model of antisocial and borderline traits. *Development and Psychopathology*, 21(3), 735-770. doi:10.1017/s0954579409000418
- Beck, A. T. (1983). Cognitive therapy of depression: new perspectives. In P. J. Clayton & J. E. Barrett (Eds.), *Treatment of depression: Old controversies and new approaches* (pp. 265-290). New York: Raven Press.
- Beck, R., Taylor, C., & Robbins, M. (2003). Missing home: Sociotropy and autonomy and their relationship to psychological distress and homesickness in college freshmen. *Anxiety, Stress, and Coping*, 16(2), 155-166.
- Berking, M., & Wupperman, P. (2012). Emotion regulation and mental health: recent findings, current challenges, and future directions. *Current Opinion in Psychiatry*, 25(2), 128-134. doi:10.1097/YCO.0b013e3283503669
- Bolt, A. (2017). *Het gezin centraal: handboek voor ambulante hulpverleners* (10 ed.). Amsterdam: S.W.P.
- Bosmans, G. (2011). De behandeling van depressie bij kinderen en jongeren: Bruggen slaan tussen cognitieve gedragstherapie en gehechtheidstheorie. *Gedragstherapie*, 44, 149-161.
- Bosmans, G. (2016). Cognitive behaviour therapy for children and adolescents: Can attachment theory contribute to its efficacy? *Clinical Child and Family Psychology Review*, 19(4), 310-328. doi:10.1007/s10567-016-0212-3
- Bouwhuis, N., & Vreeker, Y. (2015). De kracht van de verpleegkundige discipline op de high en intensive care. *Nurse Academy GGZ*(3), 4-10.
- Bowlby, J. (1969). *Attachment*. London: Penguin Books.
- Brimblecombe, N. (2001). *Acute mental health care in the community: Intensive Home Treatment*. London: Whurr Publishers Ltd.
- Caspi, A., & Moffitt, T. E. (2018). All for One and One for All: Mental Disorders in One Dimension. *American Journal of Psychiatry*, 175(9), 831-844. doi:10.1176/appi.ajp.2018.17121383
- Cassidy, J. (1994). Emotion regulation: influences of attachment relationships. *Monographs of the Society for Research in Child Development*, 59(2-3), 228-249.
- Damasio, A. R. (1994). *Descartes' error: Emotion, reason, and the human brain*. New York: Grosset/ Putnam.
- De Haan, R., & Bannink, F. P. (2017). *Suicidepreventie: Bouwen aan hoop*. Amsterdam: Boom uitgevers.
- Den Teuling, E. (2011). Alternatief voor een klinische opname, een Zweedse methodiek. *Kind en Adolescent Praktijk*, 10(4), 184-188.
- Diamond, G. S., Diamond, G. M., & Levy, S. A. (2014). *Attachment-based family therapy for depressed adolescents*. Washington, DC: American Psychological Association.

- Erkelens, P. A., Herpers, P. C. M., Steenmeijer, J., De Vos-van Delft, N. C., Waas, J. A., & Witte, C. (2017). *High & Intensive Care voor Jongeren: Visie- en ervaringsdocument*. Utrecht: Expertisenetwerk Kinder- en Jeugdpsychiatrie.
- Fite, P. J., Poquiz, J., Frazer, A. L., & Reiter, N. (2017). Further Evaluation of Associations Between Reactive and Proactive Aggression and Suicidal Behavior in a Treatment Seeking Sample of Youth. *Child Psychiatry and Human Development*, 48(6), 903-910. doi:10.1007/s10578-017-0713-4
- Fonagy, P., & Luyten, P. (2017). Conduct problems in youth and the RDoC approach: A developmental, evolutionary-based view. *Clinical Psychology Review*. doi:10.1016/j.cpr.2017.08.010
- Fonagy, P., Speranza, M., Luyten, P., Kaess, M., Hessels, C., & Bohus, M. (2015). ESCAP Expert Article: borderline personality disorder in adolescence: an expert research review with implications for clinical practice. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 24(11), 1307-1320. doi:10.1007/s00787-015-0751-z
- Fried, E. I., van Borkulo, C. D., Cramer, A. O., Boschloo, L., Schoevers, R. A., & Borsboom, D. (2017). Mental disorders as networks of problems: a review of recent insights. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 52(1), 1-10. doi:10.1007/s00127-016-1319-z
- Gibbs, J. C. (2014). *Moral development and reality: Beyond the theories of Kohlberg, Hoffman and Haidt* (Third ed.). Oxford: Oxford University Press.
- Golombok, K., Lidle, L., Tuschen-Caffier, B., Schmitz, J., & Vierrath, V. (2019). The role of emotion regulation in socially anxious children and adolescents: a systematic review. *European Child and Adolescent Psychiatry*. doi:10.1007/s00787-019-01359-9
- Goodman, R. (1997). The Strengths and Difficulties Questionnaire: a research note. *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*, 38(5), 581-586.
- Gowers, S. G., Harrington, R. C., Whitton, A., Lelliott, P., Beevor, A., Wing, J., & Jezzard, R. (1999). Brief scale for measuring the outcomes of emotional and behavioural disorders in children. Health of the Nation Outcome Scales for children and Adolescents (HoNOSCA). *British Journal of Psychiatry*, 174, 413-416. doi:10.1192/bjp.174.5.413
- Hayes, S. C., Strosahl, K. D., & Wilson, K. G. (2016). *Acceptance and commitment therapy: The process and practice of mindful change*. New York: Guilford Publications.
- Hemm, C., Dagnan, D., & Meyer, T. D. (2018). Social anxiety and parental overprotection in young adults with and without intellectual disabilities. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 37(3), 360-368. doi:10.1111/jar.12413
- Henggeler, S. W., Rowland, M. D., Halliday-Boykins, C., Sheidow, A. J., Ward, D. M., Randall, J., ... Edwards, J. (2003). One-year follow-up of multisystemic therapy as an alternative to the hospitalization of youths in psychiatric crisis. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 42(5), 543-551. doi:10.1097/01.chi.0000046834.09750.5f
- Herpers, P. C. M., Neumann, J. E. C., & Staal, W. G. (2019). Suïcidaliteit bij adolescenten in het kader van therapieresistente internaliserende problematiek: op zoek naar een nieuw perspectief aan de hand van een transdiagnostisch ontwikkelingsmodel. *Tijdschrift voor Psychiatrie* (Geaccepteerd voor publicatie).
- Holwerda, A., Jansen, D. E. M. C., & Reijneveld, S. A. (2014). *De effectiviteit van hulpverlening aan multi-probleemgezinnen: een overzicht*. Groningen: Universitair Medisch Centrum Groningen.
- Huber, M., Knottnerus, J. A., Green, L., van der Horst, H., Jadad, A. R., Kromhout, D., ... Smid, H. (2011). How should we define health? *British Medical Journal*, 343, d4163. doi:10.1136/bmj.d4163
- Johnson, S., & Needle, J. (2008). Crisis resolution teams: rationale and core model. In S. Johnson, J. Needle, J. P. Bindman, & G. Thornicroft (Eds.), *Crisis resolution and home treatment in mental health*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Junker, A., Nordahl, H. M., Bjorngaard, J. H., & Bjerkeset, O. (2019). Adolescent personality traits, low self-esteem and self-harm hospitalisation: a 15-year follow-up of the Norwegian Young-HUNT1 cohort. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 28(3), 329-339. doi:10.1007/s00787-018-1197-x
- Kochanska, G., & Aksan, N. (2006). Children's conscience and self-regulation. *J.Pers.*, 74(6), 1587-1617. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17083659>

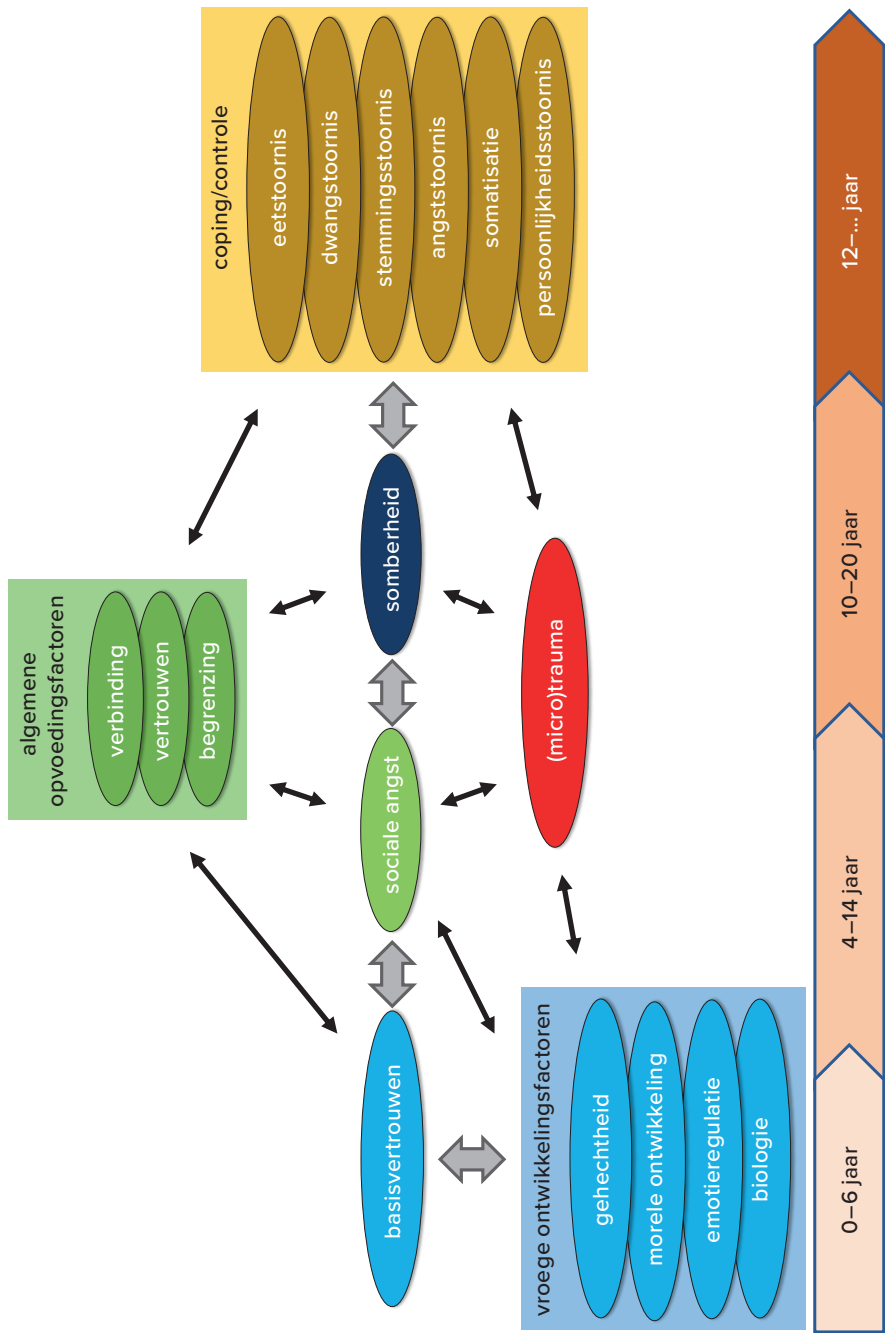
- Kohlberg, L. (1963). The development of children's orientations toward a moral order. I. Sequence in the development of moral thought. *Vita Humana Internationale Zeitschrift für Lebensalterforschung*, 6, 11-33. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/14034192>
- Korrelboom, K., & Ten Broeke, E. (2014). Invloeden uit de wetenschap (I); de leertheorie. In *Geïntegreerde cognitieve gedragstherapie: Handboek voor de praktijk* (2 ed., pp. 63-104). Bussum: Uitgeverij Coutinho.
- Koss, K. J., & Gunnar, M. R. (2017). Annual Research Review: Early adversity, the hypothalamic-pituitary-adrenocortical axis, and child psychopathology. *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*. doi:10.1111/jcpp.12784
- Krueger, R. F. (1999). The structure of common mental disorders. *Archives of General Psychiatry*, 56(10), 921-926. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10530634>
- Kübler-Ross, E., & Kessler, (2014). *On grief and grieving: Finding the meaning of grief through the five stages of loss*. New York: Simon & Schuster.
- Leichsenring, F., & Leweke, F. (2017). Social Anxiety Disorder. *New England Journal of Medicine*, 376(23), 2255-2264. doi:10.1056/NEJMcp1614701
- Linehan, M. M. (1993). *Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder*. New York: Guilford Press.
- Liu, R. T. (2017). Characterizing the course of non-suicidal self-injury: A cognitive neuroscience perspective. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, 80, 159-165. doi:10.1016/j.neubiorev.2017.05.026
- Marchette, L. K., & Weisz, J. R. (2017). Practitioner Review: Empirical evolution of youth psychotherapy toward transdiagnostic approaches. *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*, 58(9), 970-984. doi:10.1111/jcpp.12747
- Matthys, W., Vanderschuren, L. J., Schutter, D. J., & Lochman, J. E. (2012). Impaired neurocognitive functions affect social learning processes in oppositional defiant disorder and conduct disorder: implications for interventions. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 15(3), 234-246. doi:10.1007/s10567-012-0118-7
- Muskens, J. B., Herpers, P. C., van Velthuisen, M., van Deurzen, P., Lahuis, B. E., & van der Gaag, R. J. (2015). Intensieve thuisbehandeling van jongeren in crisis: behandel ouders mee bij 'psychiatrische' adolescenten [Intensive home treatment of adolescents in crisis: treat the parents along with 'psychiatric' adolescents]. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, 159, A8280.
- Muskens, J. B., Herpers, P. C. M., Hilderink, C., van Deurzen, P., Buitelaar, J. K., & Staal, W. G. (2018). Intensive Home Treatment for adolescents in psychiatric crisis. *Submitted for publication*.
- Muskens, J. B., Vermeulen, K., van Deurzen, P. A., Tomesen, E. M., van der Gaag, R. J., Buitelaar, J. K., & Staal, W. G. (2015). Somatische screening in de kinder- en jeugdpsychiatrie: een beschrijvende pilot studie [Somatic screening in child and adolescent psychiatry: a descriptive pilot study]. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 57(10), 710-718.
- National Institute for Health and Care Excellence (2013). *Clinical Guidelines: Social Anxiety Disorder: Recognition, Assessment and Treatment*. Leicester (UK): British Psychological Society.
- Organizaton, W. H. (2006). Constitution of the World Health Organization. Retrieved from www.who.int/governance/eb/who_constitution_en.pdf
- Pelzer, A. C. M., Herpers, P. C. M., Steenmeijer, J., Grootens, K. P., Staal, W. G., & van Lankveld, G. (2018). *High & Intensive Care Jeugdpsychiatrie: Werkzame factoren*. Paper presented at the Voorjaarscongres NVvP, Maastricht.
- Peter, M., Arntz, A. R., Klimstra, T., & Vingerhoets, A. J. M. (2017). Different aspects of emotional intelligence of borderline personality disorder. *Clinical Psychology & Psychotherapy*. doi:10.1002/cpp.2126
- Phillips, M. L., Drevets, W. C., Rauch, S. L., & Lane, R. (2003). Neurobiology of emotion perception I: The neural basis of normal emotion perception. *Biological Psychiatry*, 54(5), 504-514.
- Prinsen, E., van Wel, B., Mulder, N., & de Koning, N. (2016). *Handboek IHT: intensive home treatment*. Utrecht: De Tijdstroom Uitgeverij.
- Ravens-Sieberer, U., Gosch, A., Rajmil, L., Erhart, M., Bruil, J., Duer, W., . . . Group, t. E. K. (2005). KIDSCREEN-52 quality-of-life measure for children and adolescents. *Expert Review of Pharmacoeconomics & Outcomes Research*, 5(3), 353-364. doi:10.1586/14737167.5.3.353

- Schacter, H. L., & Margolin, G. (2019). The Interplay of Friends and Parents in Adolescents' Daily Lives: Towards A Dynamic View of Social Support. *Social Development, Accepted for publication*.
- Sinek, S. (2011). *Start with why*. London: Penguin Books.
- Sinzer. (2015). *Maatschappelijke business case Transformatie in de Jeugd-GGZ*. Nijmegen: Gemeente Nijmegen.
- Slot, N. W., & Spanjaard, H. J. M. (2003). *Competentievergroting in de residentiele jeugdzorg: Hulpverlening voor kinderen en jongeren in tehuizen*. Baarn: HB uitgevers.
- Smetana, J. G. (2017). Current research on parenting styles, dimensions, and beliefs. *Curr Opin Psychol*, 15, 19-25. doi:10.1016/j.copsyc.2017.02.012
- Soenens, B., & Vansteenkiste, M. (2010). A theoretical upgrade of the concept of parental psychological control: Proposing new insights on the basis of self-determination theory. *Developmental Review*, 30, 74-99. doi:10.1016/j.dr.2009.11.001
- Spanjaard, H. J. M., Veerman, J. W., & Van Yperen, T. A. (2015). De kern van effectieve jeugdhulp: Van erkende interventies naar werkzame elementen. *Orthopedagogiek: Onderzoek en Praktijk*, 54(10), 441-455.
- Stein, M. B., & Stein, D. J. (2008). Social anxiety disorder. *Lancet*, 371(9618), 1115-1125. doi:10.1016/s0140-6736(08)60488-2
- Steinert, C., Hofmann, M., Leichsenring, F., & Kruse, J. (2013). What do we know today about the prospective long-term course of social anxiety disorder? A systematic literature review. *Journal of Anxiety Disorders*, 27(7), 692-702. doi:10.1016/j.janxdis.2013.08.002
- Tjin A Die, K., & Zwaan, I. (2007). *Beschermjasse: transculturele hulp aan families*. Assen: Koninklijke van Gorcum.
- Van Mierlo, T., Bovenberg, F., Voskes, Y., & Mulder, N. (2013). *Werkboek HIC: high en intensive care in de psychiatrie*. Utrecht: De Tijdstroom Uitgeverij.
- van Rhijn, M., & Leuning, E. (2016). *Inquiry-based stress reduction in de praktijk*. Amsterdam: Hogrefe Uitgevers.
- Van Velthuisen, M., Neeleman, M., Nieuwenhuis, T., Lentink, M., Hegeman, I., & Jacobs, J. (2012). *Businessplan Intensief Behandelcentrum Jeugd*. Zetten: Karakter.
- Verhulst, F. C., & van der Ende, J. (2013). *Handleiding ASEBA: Vragenlijsten voor leeftijden 6 tot en met 18 jaar*. Rotterdam: ASEBA Nederland.
- Vugteveen, J., de Bildt, A., Serra, M., de Wolff, M. S., & Timmerman, M. E. (2018). Psychometric Properties of the Dutch Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ) in Adolescent Community and Clinical Populations. *Assessment*, 1073191118804082. doi:10.1177/1073191118804082
- Waters, H. S., & Waters, E. (2006). The attachment working models concept: among other things, we build script-like representations of secure base experiences. *Attachment & Human Development*, 8(3), 185-197. doi:10.1080/14616730600856016

Appendix 1

Hypothetisch model voor de ontwikkeling van therapieresistente internaliserende problematiek

(Herpers, Neumann & Staal, 2019)



Appendix 2

Formatieplan Karakter IBC Jeugd

Voor wie

Dit document is voor ieder betrokken bij de personele inrichting van het IBC Jeugd van Karakter-UC

Doel

De bedrijfsmatig personele inrichting is een complexe samenhang en inzet van disciplines ten einde het product IBC Jeugd (IHT jeugd + HIC Jeugd) uit te kunnen voeren. Dit document is een natuurgetrouwe weergave, maar niet onuitputtelijk. Detailcorrecties en periodieke fluctuaties zijn mogelijk. De beschrijving van de kernfuncties IBC Jeugd is een globale weergave waaraan de door Karakter centraal vastgestelde functiebeschrijvingen en competentiesets ten grondslag liggen

Algemeen:

Het IBC Jeugdteam staat borg voor crisiszorg en –behandeling volgens IHT Jeugd en HIC Jeugd model, spoedzorg en ZH-consultatie

IBC Jeugd heeft geen outreachende crisisdienst. IBC Jeugd werkt hierbij samen met reguliere crisisdiensten en is voor consultatie 24/7 bereikbaar

Eventuele geprotocolleerde specialistische therapeutische behandeling wordt geleverd door de behandelaren poliklinieken Karakter-UC of lokale samenwerkingspartners binnen het professionele netwerk

Kernfuncties IBC Jeugd-team:

Kinder- en jeugdpsychiater/regiebehandelaar

- Regiebehandelaar betreffende IHT Jeugd en/of HIC Jeugd casus
- Maakt als achterwacht uit hoofde van functie onderdeel uit van het spoed- en consultatieteam Karakter-UC.
- Uit hoofde van functie verantwoordelijk en belast met behandeling van medisch psychiatrische en/of somatische problematiek van patiënt, betreffende een caseload van ca 30-35 patiënten IHT Jeugd en/of 5-10 patiënten HIC Jeugd
- Belast met uitvoering van intakes IHT Jeugd en/of HIC Jeugd
- Verantwoordelijk voor diagnostiek
- Betrokken bij intakes, opnamegesprek (ZAG), behandelplanevaluaties met gezin, eindgesprek en casusevaluatie met behandelteam. Kan geregeld betrokken zijn bij werkoverleg van het casusteam IHT/HIC

- Geeft begeleiding/supervisie aan de aan de afdeling toegewezen AIOS
- CAO-GGZ functiegroep 100, werkzaam op 'regelmatische werkdagen en –tijden'* v.w.b. reguliere werkzaamheden, bij rooster bereikbaar / inzetbaar op onregelmatige werktijden i.h.k.v. Karakter achterwachtfunctie. Verantwoording inzetbaarheid op basis van vastgestelde norm van te registreren declarabele uren

GZ-psycholoog / coördinerend behandelaar

- Coördinerend behandelaar betreffende IHT Jeugd en/of HIC Jeugd casus
- Maakt als voorwacht uit hoofde van functie onderdeel uit van het spoed- en consultatieteam Karakter-UC
- Uit hoofde van functie verantwoordelijk en belast met behandeling van psychiatrische en systemisch/pedagogische problematiek van de patiënt, betreffende een caseload van ca 15-20 patiënten IHT Jeugd en 5-10 patiënten HIC Jeugd
- Belast met uitvoering van intakes IHT Jeugd en/of HIC Jeugd
- Medeverantwoordelijkheid voor diagnostiek
- Betrokken bij intakes, startgesprek (ZAG), behandelplanevaluaties met gezin, eindgesprek en casusevaluatie met behandelteam
- Samen met gezinsbehandelaren / sociotherapeuten verantwoordelijk voor geregeld werkoverleg casusteam IHT Jeugd en/of HIC Jeugd
- Kan stagebegeleiding geven aan stagiair pedagogische wetenschappen of opleiding tot GZ-psycholoog
- CAO-GGZ functiegroep 65, werkzaam op 'regelmatische werkdagen en –tijden'* v.w.b. reguliere werkzaamheden. Verantwoording inzetbaarheid op basis van vastgestelde norm van te registreren declarabele uren

Verpleegkundig specialist

- Maakt als voorwacht uit hoofde van functie onderdeel uit van het spoed en consultatieteam Karakter-UC
- Verantwoordelijk voor de somatische zorg patiënten HIC Jeugd en IHT Jeugd, betreffende een caseload van ca 60 patiënten IHT Jeugd en 5-10 patiënten HIC Jeugd
- Verantwoordelijk voor de somatische screening bij intake
- Verricht onder eindverantwoordelijkheid van arts de farmacotherapie t.a.v. patiënten HIC Jeugd en IHT jeugd
- Draagt zorg voor het trainen en onderhouden van verpleegkundige kennis en vaardigheden, kennis somatiek en farmaco bij medewerkers IBC Jeugd
- CAO-GGZ functiegroep 60, werkzaam op 'regelmatische werkdagen en –tijden'* v.w.b. reguliere werkzaamheden. Verantwoording inzetbaarheid op basis van vastgestelde norm van te registreren declarabele uren

Systeemtherapeut

- Belast met het onderhouden van het systemisch gedachtegoed IBC Jeugd, draagt zorg voor het onderhouden van systemische kennis en vaardigheden bij medewerkers IBC Jeugd
- De systeemtherapeut is een vanuit de polikliniek gedetacheerde medewerker wat bij moet dragen aan onafhankelijke en 'op afstand' oordelende opstelling
- Intervisor bij de verschillende behandelteams
- Kan ingezet worden in superviserende rol naar gezinsbehandelaren / sociotherapeuten
- Verricht zo nodig systeemtherapeutische activiteiten bij gezinnen IBC Jeugd
- Verricht op indicatie het gezinsdiagnostisch onderzoek
- Kan ten aller tijden geconsulteerd worden bij complexe systemische vraagstukken
- De systeemtherapeut heeft als medewerker haar domicilie bij de polikliniek van Karakter en wordt via een detacheringsprincipe uitgeleend aan IBC-Jeugd
- CAO-GGZ functiegroep 65, werkzaam op 'regelmatige werkdagen en –tijden'* v.w.b. reguliere werkzaamheden. Verantwoording inzetbaarheid op basis van vastgestelde norm van te registreren declarabele uren

Gezinsbehandelaar

- Outeachende medewerker verantwoordelijke voor de intensieve systemische gericht psychiatrische thuisbehandeling IHT Jeugd, betreffende een caseload van ca 5-8 patiënten IHT Jeugd
- Uit hoofde van de functie verantwoordelijk voor contacten met het gezin, het sociale netwerk van het gezin, de onderwijsinstelling van de patiënt, het professioneel betrokken netwerk rondom het gezin en de gemeentelijke lokale teams
- Betrokken bij het startgesprek (ZAG), behandelplanevaluaties met gezin, eindgesprek en casusevaluatie met behandelteam
- Samen met de GZ-psycholoog verantwoordelijk voor geregeld werkoverleg casusteam IHT Jeugd en/of HIC Jeugd
- Verantwoordelijk voor het signaleren en communiceren met gezin en behandelteam betreffende iedere vorm van ontwikkeling binnen het verloop van het IHT Jeugd-traject
- Werkt in iedere casus intensief samen met duo-partner gezinsbehandelaar. Stemt hierbij voortdurend planning en werkzaamheden af. Draagt zorg over continuïteit en voortgang van het proces binnen het gezin
- CAO-GGZ functiegroep 55, werkzaam op 'onregelmatige werkdagen en –tijden'* v.w.b. reguliere werkzaamheden. Verantwoording inzetbaarheid op basis van vastgestelde norm van te registreren declarabele uren. Indien nodig kan de gezinsbehandelaar opgeroepen worden voor diensten (of deel van) op de HIC Jeugd

Sociotherapeut / verpleegkundige

- Nauw in teamverband samenwerkende medewerker HIC Jeugd, verantwoordelijk voor de organisatie en uitvoering van alle operationele processen van de afdeling
- Primair verantwoordelijk voor de verzorging, opvoeding en verpleging van patiënten binnen de klinische setting, betreffende een caseload van 4-8 patiënten
- In coachende zin aangestuurd vanuit de CB-HIC Jeugd verantwoordelijk voor intensieve systemische gerichte psychiatrische behandeling en begeleiding binnen de klinische setting
- Betrokken bij het opname/startgesprek (ZAG), behandelplanevaluaties met gezin (ochtendvisite), eindgesprek (ontslaggesprek) en casusevaluaties met behandelteam
- Verantwoordelijk voor het signaleren en communiceren met gezin en behandelteam betreffende iedere vorm van ontwikkeling binnen het verloop van het HIC Jeugd-traject
- De verhouding niet verpleegkundig en verpleegkundig opgeleiden bedraagt minimaal 60-40
- CAO-GGZ functiegroep 45-50, werkzaam op 'onregelmatige werkdagen en –tijden'* v.w.b. reguliere werkzaamheden. Verantwoording inzetbaarheid op basis van roosterplanning.

Pedagogisch medewerker / servicemedewerker

- Nauw in teamverband samenwerkende medewerker HIC Jeugd, verantwoordelijk voor de organisatie en uitvoering van alle operationele processen van de afdeling
- Primair verantwoordelijk voor de verzorging, opvoeding en verpleging van patiënten binnen de klinische setting, betreffende een caseload van 4-8 patiënten
- Specifiek aandachtspunt t.a.v. servicegericht werken en facility processen van de afdeling
- CAO-GGZ functiegroep 40, werkzaam op 'regelmatige werkdagen en –tijden'* v.w.b. reguliere werkzaamheden. Verantwoording inzetbaarheid op basis van roosterplanning.

Management

- In duaal constructie verantwoordelijk voor het algehele functioneren van het bedrijfsonderdeel IBC Jeugd als geheel
- Stelt strategisch, tactisch en operationeel beleid en doelen op, betreffende het specifieke bedrijfsonderdeel, binnen de kaders van Karakter als organisatie
- Verantwoordelijk voor behalen productie, algemeen beheer over middelen en het behalen van vastgestelde parameters
- Verantwoordelijk voor de ontwikkeling van beleid binnen het bedrijfsonderdeel, op basis van interne en externe inhoudelijke en bedrijfsmatige ontwikkelingen

- CAO-GGZ functiegroep 100/65, werkzaam op 'regelmatige werkdagen en –tijden'* v.w.b. reguliere werkzaamheden. Verantwoording inzetbaarheid op basis van taakresultaten.

Overige aandachtspunten formatieplan IBC-Jeugd:

***(on)regelmatige werkdagen en –tijden':**

Het bij de functie genoemde begrip (on)regelmatige werkdagen dan wel werktijden verdient enige toelichting. Vanuit de visie en doelstelling van IBC Jeugd spreken we vaak over de kernwaarden 'beschikbaarheid, bereikbaarheid en flexibiliteit'. Het IBC Jeugd is een 24/7 product, waarbij de kernwaarden in de inhoudelijke methodische werkwijze tot uiting komen. Uiteraard kan de inhoudelijke werkwijze alleen maar tot goede uitvoering komen wanneer ook de bedrijfsmatig personele inrichting hierop afgestemd is.

Het uitgangspunt bij IBC Jeugd is dat feitelijk alle medewerkers een grote mate van flexibiliteit in werken kennen, die zichtbaar is in de inzet op werkdagen en werktijden.

Het leidende principe voor medewerkers bij wie een verantwoording op basis van een vastgestelde norm van te registreren declarabele uren bestaat is, dat aan het einde van het jaar deze norm is behaald. Medewerkers zijn hierin zelf-organiserend. Voor medewerkers geldt dat zij in belangrijke mate hun eigen agenda beheren op voorwaarde dat het secretariaat voldoende ruimte heeft om afspraken binnen het werkproces te kunnen plannen. In de praktijk leidt dit tot een zelf-organiserend principe waarbij de medewerker in min of meerdere mate vaste werkdagen en werktijden plant, rekening houdende met de caseload verantwoordelijkheid, collegiale afstemming en behalen norm van declarabele uren. Contractueel worden geen vaste werkdagen en/of werktijden vastgelegd

Medewerkers die bij rooster werkzaam zijn worden ingepland door de roosteraar van het team. Voorafgaand kan de medewerker individuele wensen aanleveren. Het sluitend krijgen van het dienstrooster is een gemeenschappelijke verantwoordelijkheid van het gehele team.

Dienstverlenende facilitaire en secretariële functies zijn ondergebracht bij het Bedrijfsbureau Karakter-UC

De minimale contractuele arbeidsovereenkomst voor medewerkers IBC Jeugd bedraagt 24u/wk

De te registreren norm declarabele uren bedraagt 1326u (2019)

Bij de normberekening is rekening gehouden met aftrek van jaarlijks (boven)wettelijk verlof, levensfasebudget-uren, feestdagcompensatie, een klein deel ziekteverlof, een klein deel bijzonder verlof (=15% van bruto werkzame uren)

Van de netto werkzame uren is 83,5% norm declarabele uren. 16,5% betreft werkzame uren niet declarabel (niet patiëntgebonden vergaderingen en overleg, studie/training, werkorganisatie enz...)

Formatie IBC-Jeugd in aantallen

De formatie is opgesteld op basis van de navolgende kengetallen (op basis van cijfers 2015-2017)

- 110 klinische interventies/opnames H&IC p/jr, al dan niet i.c.m. IHT
- 140 gezinnen in een IHT-traject p/jr, á 4 maanden met een gemiddelde investering van ca 175u per casus
- 175 intakes IHT p/jr, ca 20% gaat na intake niet door met een IHT-traject
- Verantwoordelijk voor ca 190 patiënten p/jr

Totaal ca 40Fte team IBC-J

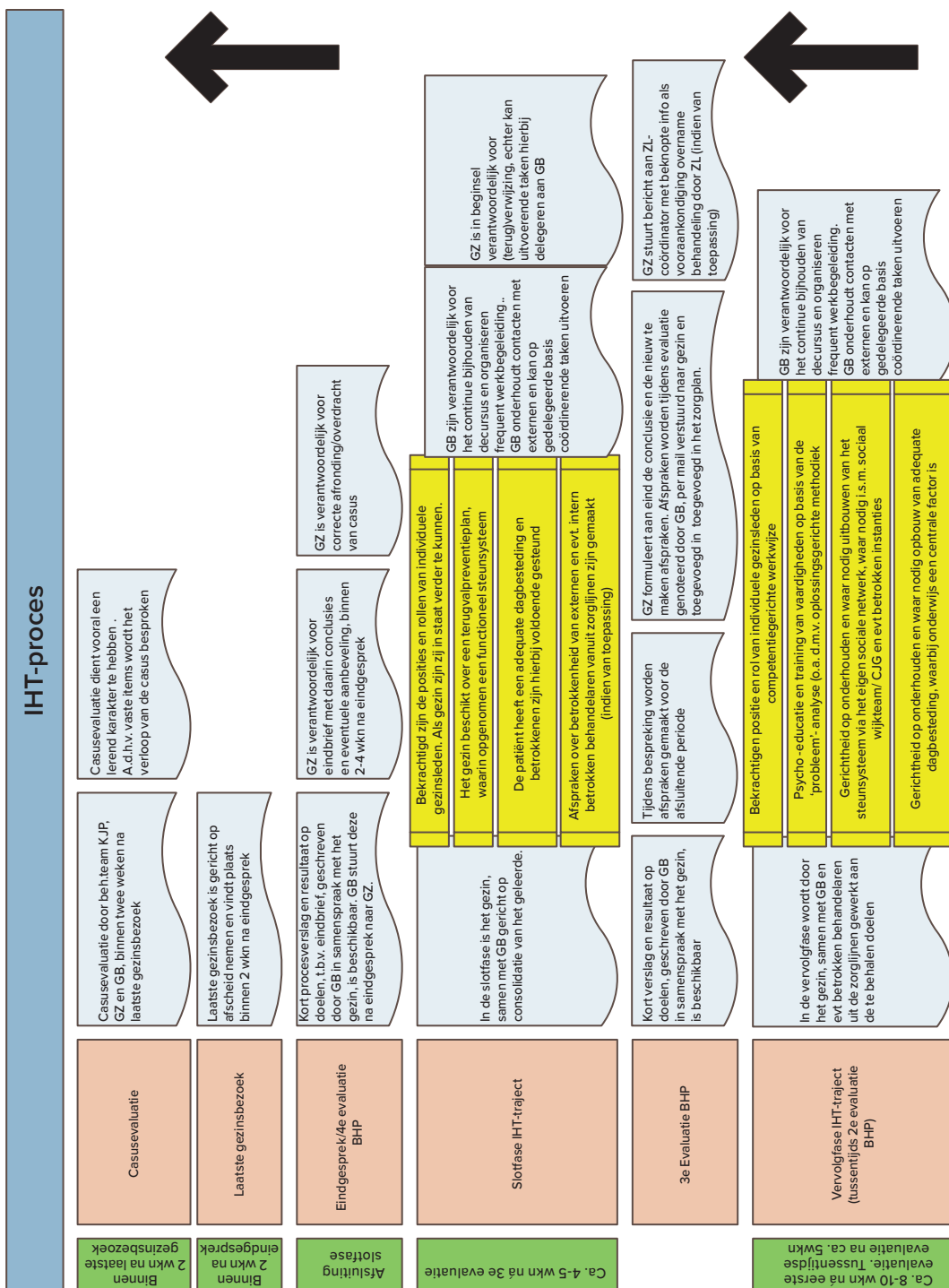
Kinder- en jeugdpsychiater	2,38Fte	3 medewerkers
GZ-psycholoog	3,90Fte	5 medewerkers
Verpleegkundig Specialist	0,67Fte	1 medewerker
Systeemtherapeut	0,67Fte	2 medewerkers (gedetacheerd vanuit poli)
Gezinsbehandelaar	17,11Fte	20 medewerkers
Sociotherapeut / verpl.	12,91Fte	15 medewerkers
Ped MW/ servicem. H&IC	0,67Fte	1 medewerker
Management	1,30Fte	2 medewerkers (dual management)
Stageplaats AIOS	1,00Fte	
Stageplaats Ped.Wetenschappen	0.89Fte	
Stageplaats HBO-Verpleegkunde	0,89Fte	
Ervaringsdeskundige medewerker	0,89Fte	(volwaardig lid team sociotherapeuten)
Ervaringsdeskundige ouder		(werving IBC-J getraind en begeleid door externe partij)
Ervaringsdeskundige patiënt		(werving IBC-J getraind en begeleid door externe partij)

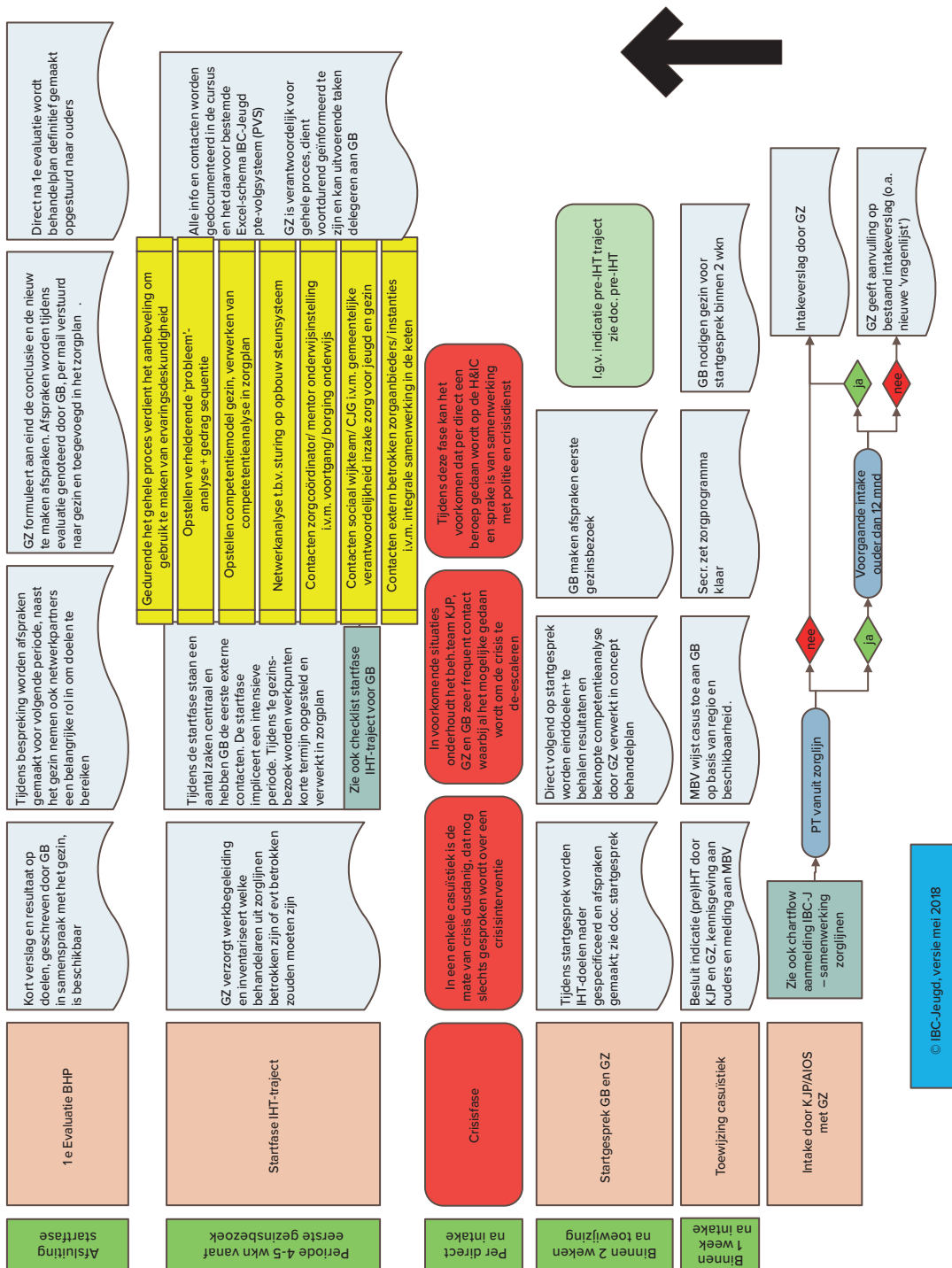
Dienstrooster H&IC

- Dagelijks netto inzet van ca. 50u VOV-personeel (verzorgend, opvoedend, verpleegkundig)
 - o 2x vroeg dienst 07:00-15:00
 - o 2x late dienst 14:30-23:00
 - o 1x verschuifbare tussendienst 12:00-20:00
 - o 1x nachtdienst 22:45-07:15
- Overdrachtsmomenten met dienstdoend personeel:
 - o 07:00-07:15
 - o 14:30-15:00
 - o 22:45-23:00
- Dienstdoend personeel gepland bij HIC Jeugd-pat.overleg 1x wk 14:00-15:00
- Alle medewerkers gepland bij HIC Jeugd-operationeel teamoverleg 10x jr 13:00-15:00
- Alle medewerkers gepland bij plenaire bijeenkomsten beleid en kwaliteitsontwikkeling 20x jr 10:00-11:30
- Algemene reserve beschikbaar voor opleiding, training en overige activiteiten
- Algemene reserve beschikbaar (3%) voor ziekteverzuim
- Algemene extra reserve beschikbaar t.b.v. op- en afschalen personele capaciteit patiënten begeleiding (voor zover dit niet realiseerbaar is met verschuiving tussendienst) ca 500u

Appendix 3

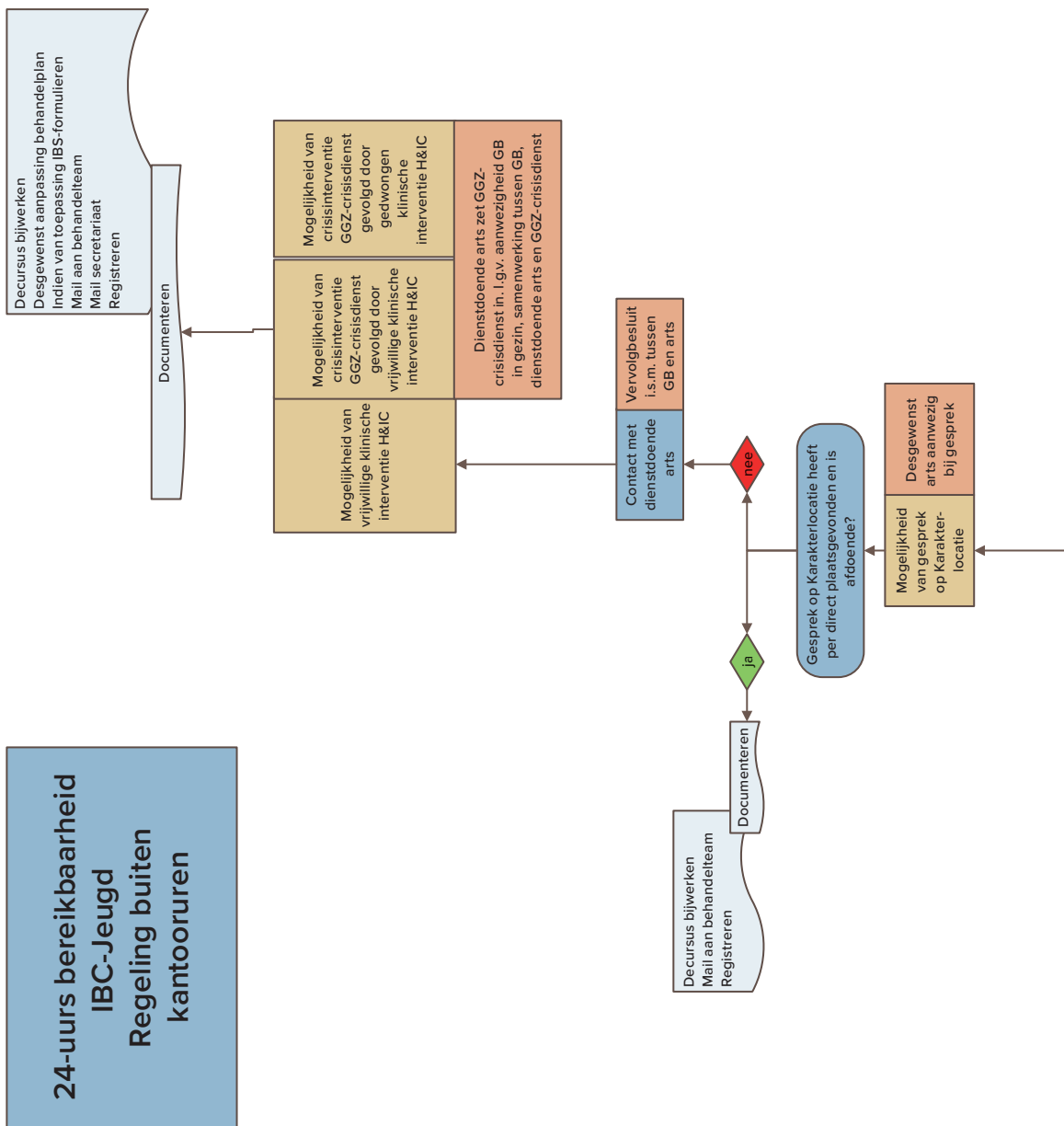
Schematische weergave IHT Jeugd proces

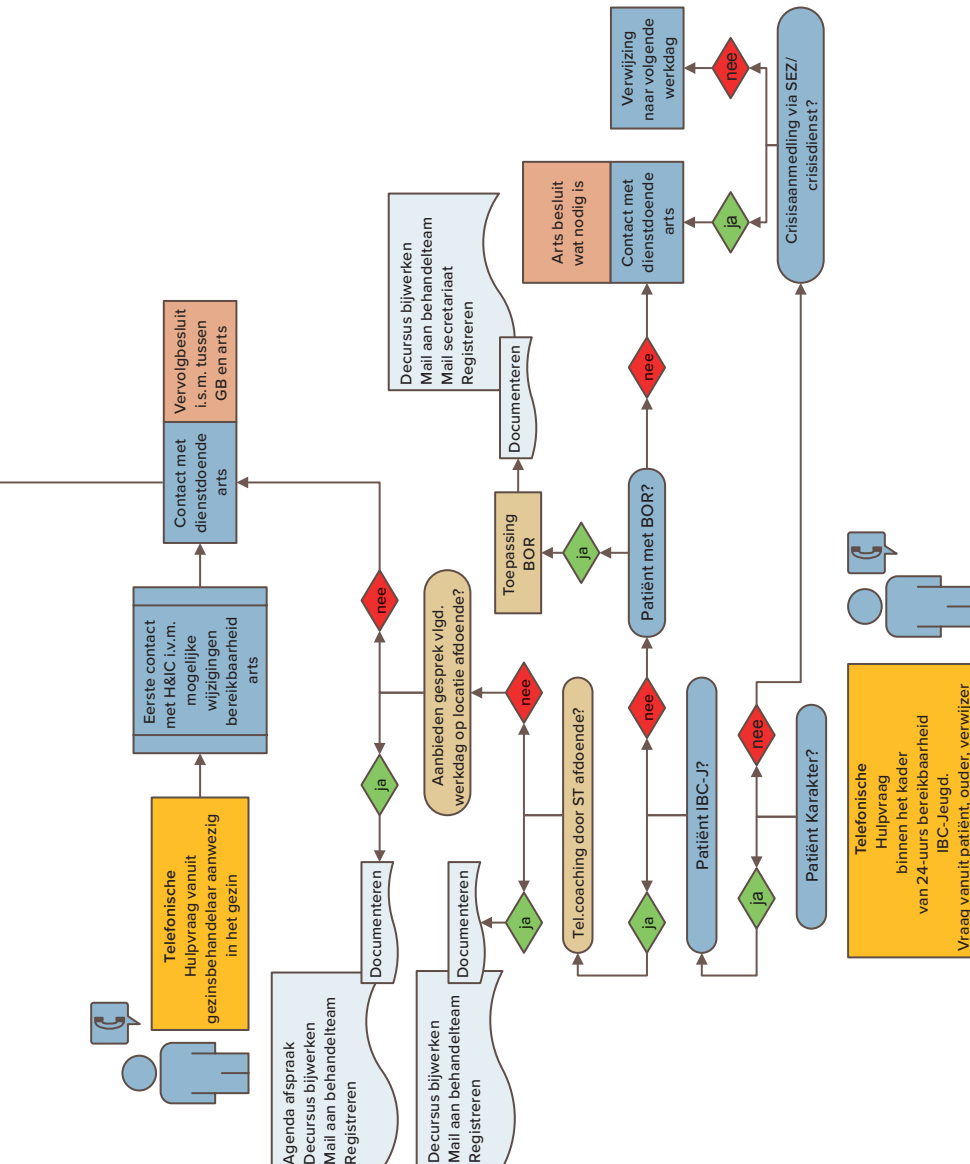




Appendix 4

Schematische weergave 24u bereikbaarheid en
interventieschema





Document herzien: 270917

