

## PRAKTIJK

# De gastvrije open afdeling

## Een nieuwe visie op het gebruik van ggz-bedden

Jongeren met ernstige psychiatrische aandoeningen zijn gebaat bij specialistische zorg. Dat hoeft niet altijd te betekenen dat ze moeten worden opgenomen. Een semi-ambulante afdeling biedt intensieve zorg op momenten wanneer dat nodig is. Door **Dorothe Ernst**

De kinder- en jeugdpsychiatrie ondergaat grote veranderingen. De zorg moet doelgerichter worden, veel duidelijker afgebakend en zo veel mogelijk 'evidence based'. Een van de gevolgen daarvan is dat de focus in de kinder- en jeugdpsychiatrie in de komende jaren komt te liggen op de zwaarste categorie cliënten: jongeren met een ernstige psychiatrische aandoening en uitval op meerdere levensgebieden (EPA)<sup>1</sup> die specialistische zorg nodig hebben. Een ontwikkeling die daaraan parallel loopt is die van de ambulantisering: de kinder- en jeugdpsychiatrie werkt steeds meer vanuit de directe leefomgeving van het kind of de jongere. Zorg wordt toegankelijker en dichterbij de leefomgeving van het kind beschikbaar. Een klinisch traject wordt steeds minder vanzelfsprekend en zal 'slechts' een fase zijn in een ambulante behandeling.<sup>2</sup>

Deze veranderingen stelt de kinder- en jeugd-ggz voor belangrijke keuzes: welke ambulante vormen passen bij de 'EPA'-jongeren? Hoe kan intensieve zorg geboden worden op de momenten dat dat nodig is en hoe kunnen de ouders in deze veelal

zware periode toch goede opvoeders blijven?

De Jutters, centrum voor kinder- en jeugdpsychiatrie in de regio Haaglanden, opende in juni 2012 de afdeling Strandloper, waar jongeren en hun ouders 24 uur per dag, zeven dagen in de week terecht kunnen om escalatie en ontregeling te voorkomen, of om de overgang van een klinische opname naar huis te ondersteunen. De hulp in Strandloper krijgt vorm in nauwe samenwerking tussen jongere, systeem en behandelteam. Dit artikel beschrijft de ontwikkeling van dit nieuwe concept en de eerste bevindingen.

### *Bedden in de jeugd-ggz: een nieuwe visie*

In de behandelvisie die in 2012 is ontwikkeld staat dat De Jutters doelgerichte, doelmatige en doeltreffende psychiatrische diagnostiek en behandeling wil bieden aan alle jeugdigen en hun gezinnen die dat nodig hebben. Bij voorkeur in hun eigen leefomgeving, zodat zij zich optimaal kunnen ontwikkelen en deelnemen aan het gewone leven. In het



FOTO STRANDLOPER-HUISKAMER / DE JUTTERS

behandelaanbod willen we de best beschikbare evidence-based kennis, onze praktijkkennis en de ervaringskennis van cliënten verbinden.

Deze visie was het uitgangspunt bij de ontwikkeling van een behandelketen voor jongeren van 12 tot 23 jaar met een EPA.<sup>3</sup> De keten is opgebouwd uit een gesloten acute crisisafdeling, een gesloten behandelafdeling, een ambulante crisisdienst en een ACT-team.<sup>4</sup> In het voorjaar van 2012 zijn daar nog twee open afdelingen aan toegevoegd; een open behandelafdeling met acht bedden en een open observatie- en diagnostiekafdeling met acht bedden. Deze zijn in juni 2012 omgevormd tot de gastvrije open afdeling Strandloper.

#### *Afdeling Strandloper: open en gastvrij*

De opdracht aan het management was om een nieuwe afdeling te openen die binnen de behandelvisie de doorstroom vanuit de nog bestaande afdelingen kon verbeteren (acute crisisafdeling, gesloten behandelafdeling, orthopsychiatrische afdeling) zonder dat deze nieuwe afdeling zelf dicht zou slibben. Daarnaast zou de afdeling een antwoord moeten zijn op de ontwikkelingen binnen de ggz, met name op het gebied van extramuralisering en zorgextensivering. Tevens moest de afdeling in bedrijfseconomisch opzicht rendabel zijn.

Het management is bij de opzet voor de nieuwe afdeling met name geïnspireerd door de inspanningen op de gesloten afdelingen rondom het terugdringen van dwang en drang. In 2011 zijn deze teams getraind om op de afdelingen van een meer beheersmatig milieu naar een de-escalierend gastvrij milieu te komen.<sup>5</sup> Medewerkers werden zich steeds meer bewust van de noodzaak van attitudeverandering. Zij bemerkten de winst van de koerswijziging van dwingend stoppen van onaangepast gedrag naar het in gesprek blijven met de jongere en zijn systeem: minder conflicten, minder agressie en meer samenwerking. De hoeveelheid ingezette middelen en maatregelen nam drastisch af. Het besef van het belang van een juiste bejegening van de EPA-doelgroep, aangevuld met ervaring, inspiratie en kennis van evidence-based behandelings, gaf de kaders voor de nieuw te vormen afdeling op basis van vier invalshoeken:

- ▶ Herstelvisie (Mike Slade)<sup>6</sup>
- ▶ Cliëntgerichte gedachtegoed (Carl Rogers)<sup>7</sup>
- ▶ ACT (Assertive Community Treatment)<sup>8</sup>
- ▶ De Zweedse methodiek (Els den Teuling)<sup>9,10</sup>

#### *Herstelvisie*

‘Herstel is een diep, persoonlijk, uniek proces van verandering van iemands houding, waarde, gevoel, doelen, vaardigheden, rollen. Het is een manier om een bevredigend, hoopvol en betekenisvol leven te leiden, zelfs binnen de beperkingen van een ziekte. Herstel heeft betrekking op de ontwikkeling van nieuwe betekenissen en doelen in iemands leven op het moment dat diegene voorbij zijn ziekte groeit’.<sup>11</sup>

Het begrip herstel kan onderscheiden worden in twee betekenissen: klinisch herstel en persoonlijk herstel. Klinisch herstel gaat over genezing. Persoonlijk herstel gaat over de persoonlijke waardering van de eigen toestand als zijnde hersteld. Waar vanuit ‘cure’-gedachte de behandeling zich met name gericht heeft op klinisch herstel (of, als dat niet tot de mogelijkheden behoort: chronische zorg) wordt met de focus op persoonlijk herstel een fundamentele verschuiving ingezet van de waarden en doelen binnen de ggz. Niet langer gaat het erom iemand te genezen, maar veeleer om de jongere en zijn gezin te helpen zich beter te voelen. De visie van de jongeren en hun gezinnen op het herstel is het uitgangspunt, niet die van de hulpverlener met zijn aanbod van modules en behandelmethoden.<sup>1,12</sup>

Deze visie betekent natuurlijk niet dat de hulpverlener als mak schaap enkel handelt naar de wensen van jongeren en systeem, maar dat hij of zij actief, betrokken, op basis van deskundigheid meedenkt en adviseert over de weg naar herstel. Deze weg wordt gezamenlijk met de cliënt in doelen vertaald. Het stoppen van een behandeling komt hiermee in een andere context: op basis van persoonlijk herstel, meer dan op basis van klinisch herstel.

#### *Het cliëntgerichte gedachtegoed*

In de cliëntgerichte psychotherapie staan de houding van de psychotherapeut en de werkrelatie met de cliënt centraal. In het werken met een complexe doelgroep, waar naast de psychiatrische stoornis vaak sprake is van veel systeemproblematiek, is het een hele uitdaging om in gesprek te

kunnen blijven met jongere en systeem. Uit wetenschappelijk onderzoek komt naar voren dat binnen complexe werkrelaties congruentie (het als therapeut in overeenstemming zijn met jezelf), transparantie (zichtbaarheid) en het positief reageren op niet defensieve wijze, bijdragen aan een veilige en faciliterende werkrelatie.<sup>13</sup>

De kracht zit in het houvast bieden door in vol vertrouwen bij de cliënt te blijven en die te ondersteunen in het vinden van de goede richting. Lambert stelt dat de resultaten van een behandeling verbeteren als de therapeut beter leert omgaan met anderen. En dat is precies waar de psychotherapeut opgeleid in de *client centered* psychotherapie goed in is. Hij heeft zich ontwikkeld tot behandelaar met veel mogelijkheden om complexe werkrelaties te hanteren en deze weer op orde te krijgen.<sup>14</sup>

Ook Migden schrijft dat naast het aanbieden van evidence-based modules (voor de kinder- en jeugdpsychiatrie, zeker voor de EPA-doelgroep, worden

Elise (15 jaar) praat voortdurend hardop, zij zegt al haar gedachtes hardop, ook de gedachtes waar we zelf van denken 'laten we dat maar niet zeggen'. Haar gedachtewereld is verward en chaotisch. Elise wordt veel thuis gehouden omdat haar ouders zich voor haar schamen. Ze is ook een aantal keren opgenomen geweest en belandde dan telkens in de separeer cel. Medecliënten werden onrustig van haar, waardoor Elise steeds meer beperkt werd.

Elise komt nu meerdere dagdelen per week naar Strandloper, ze doet daar mee aan verschillende activiteiten. En omdat ze geen onderdeel is van een groepsproces en geen groepsdruk ervaart, is ze veel rustiger geworden. Soms is ze zelfs even stil. Haar ouders zijn erg blij met de verbeteringen en hopen dat hun dochter nu echt beter wordt.

Hierop volgt een moeilijke periode: de ouders willen dat hun kind veel meer gaat doen, maar het behandelteam staat op de rem. Met proberen, vallen en opstaan wordt telkens de gezamenlijkheid gezocht.

Hamid (17 jaar) wordt behandeld door het ACT-team. Het is lastig hem te motiveren voor behandeling. Er is sprake van een psychotische ontwikkeling, veel blowen en impulsdoorbraken. Het contact met zijn vader escaleert geregeld. Vader is er klaar mee en wil dat Hamid opgenomen wordt. In het gesprek met Strandloper is de wens van vader besproken dat hij zijn zoon kan inleveren bij De Jutters en weer gezond en wel terugkrijgt. De eerste keer dat Hamid naar Strandloper komt, wordt hij gebracht. Zelf wil hij niet, maar vader vindt dat hij er moet blijven. Uiteindelijk wordt besloten dat zowel vader als Hamid blijft slapen, waardoor het patroon van escaleren en afwijzen bespreekbaar wordt.

er vooralsnog slechts enkelen beschreven) niet voorbijgegaan moet worden aan de behandelrelatie, en dat zorgvuldig overwogen dient te worden welke behandeling passend is voor deze unieke jongere, uit dit unieke gezin met zijn unieke problemen.<sup>15</sup>

Het is kortom van belang dat de hulpverlener aansluit bij de wensen van jongeren en hun systeem vanuit een open, transparante, positief aanvaardende opstelling: om hoop te bieden zonder dwingend te zijn, veiligheid te creëren zonder maatregelen te nemen en respect te tonen voor hun autonomie zonder over te nemen, maar door als partner aanwezig te zijn.

#### *Assertive community treatment*

ACT is een vorm van behandeling voor jongeren en volwassenen met een ernstige psychiatrische aandoening en uitval op meerdere levensgebieden (school, vrienden, problemen thuis). Werken vanuit de ACT-methode betekent dat de hulp laagdrempelig is, flexibel ingezet kan worden en dat de behandeling plaatsvindt daar waar de jongere is. ACT-werkers gaan naar de jongere thuis, naar school of ontmoeten de jongere op plekken waar hij het liefste komt.

Vaak vinden de jongeren die binnen ACT behandeld worden het moeilijk om hulp te vragen en ze

gaan hulpverleners soms liever uit de weg. Het ACT-team is getraind en bedreven in het samen met de jongere en zijn gezin zoeken naar wat wel kan. Het doel van de begeleiding en behandeling is om de psychiatrische problematiek bij de jongeren te verminderen, om de ontwikkeling weer op gang te brengen, weer rust te creëren in het gezin en op school: kortom het leven weer meer op orde te krijgen.

ACT is evidence based.<sup>16,17</sup> Deze organisatie van zorg heeft zijn effectiviteit bewezen in een afname van opnamedagen en een vermindering van drop-outs.

#### *De Zweedse methodiek: samenwerking met systeem*

In *Kind en Adolescent Praktijk* beschrijft Den Teuling het alternatief voor klinische opname zoals dat in Värmland in Zweden is opgezet: intensieve multidisciplinaire behandeling.<sup>9,10</sup> De behandeling is opgebouwd uit gezinsgesprekken, huisbezoeken, telefonische bereikbaarheid voor ouders en jongeren, veelvuldig overleg binnen het team, veelvuldig overleg met belangrijke personen rondom de jongeren, psychiatrisch en lichamelijk onderzoek en medicatie. Opname vindt alleen dan plaats als dat niet langer uitgesteld kan worden; als het psychiatrisch toestandsbeeld dusdanig is dat thuis zijn

Marieke (17 jaar) is een erg angstig en teruggetrokken meisje, kwetsbaar voor psychotische ontregeling. Ze woont bij haar vader; haar moeder is een jaar geleden overleden. Ze wil geen hulp en komt niet naar afspraken op de instelling. De hulpverleners uit het team gaan twee keer per week bij haar langs om een vinger aan de pols te houden, om haar weekstructuur te bespreken en om haar te motiveren het aan te geven als ze merkt dat de verwardheid toeneemt. Dit in de hoop dat een opname, zoals dat in het verleden wel onder dwang is gebeurd, niet meer nodig is. Voor het team dat met Marieke samenwerkt, is het soms erg zoeken naar het goede evenwicht tussen de regie (moeten) nemen en de regie bij Marieke te laten.

geen optie is of als ouders tijdelijk niet in staat zijn de zorg voor hun kind op zich te nemen. Tijdens de opname vindt 24-uursbegeleiding van de jongere plaats. De ouders zijn nauw betrokken, zij kunnen bij de jongere blijven slapen en bespreken dagelijks de problemen in een gezinsgesprek. De werkzaamste factor van deze methodiek, schrijft Den Teuling, is de toegankelijkheid tot de hulpverleners wanneer de behoefte aan hulp en steun het grootst is.

Peter (14 jaar) is een jongen met ernstige gedragsproblemen. Na een klinische opname op een afdeling voor orthopsychiatrie is hij gestabiliseerd. School blijft echter een kwetsbaar punt. Peter is snel gekrenkt en als hij voelt dat het hem niet lukt, wordt hij boos en onhandelbaar in de klas. Als het niet gaat komt hij uit school even naar Strandloper om bij te tanken, te praten over wat er gebeurd is en om daarna de middag op school weer te hervatten. Soms is hij op Strandloper nog erg geladen, zoals laatst toen hij achter de afdeling een vuur had gemaakt. Zijn lidmaatschap is toen 'on hold' gezet. Het behandelteam, Peter en ouders hebben samen afgesproken hoe dit een volgende keer voorkomen kan worden. Hierop is Peters lidmaatschap weer geactiveerd.

#### *Strandloper in de praktijk*

Strandloper is een afdeling waar jongeren met een psychiatrische stoornis en hun ouders uit de regio Haaglanden lid van kunnen worden. Er zijn geen contra-indicaties voor toelating, zolang er oplossingen te bedenken zijn. Strandloper wordt ingezet als aanvulling op een lopende behandeling (als tijdelijk de zorg geïntensiveerd moet worden) of als behandelplek. Een lidmaatschap wordt toegekend na een intakegesprek met de jongere, zijn systeem en de verwijzer. In dit gesprek wordt besproken op welke wijze de jongere en zijn systeem gebruik willen maken van Strandloper, en

worden eventuele risico's geïnventariseerd. Als er gezamenlijke afspraken zijn gemaakt, krijgt de jongere een lidmaatschapskaart. Hierop staat hoe hij de afdeling kan bereiken.

De mogelijkheden voor het gebruik van Strandloper worden afgestemd op het individu. Hulp kan bestaan uit wekelijkse huisbezoeken, op vaste tijden naar Strandloper komen om even tot rust te komen, een ervaringsdeskundige spreken enzovoort. Zo nodig kan de jongere gebruikmaken van een bed. Dat is altijd voor telkens één nacht; de basis blijft thuis. Na een overnachting gaat de jongere, al dan niet samen met een hulpverlener van de afdeling, terug naar huis om zijn dagelijkse activiteiten te hervatten.

De jongere en zijn gezin zijn altijd welkom om telkens opnieuw gebruik te maken van de mogelijkheden van de afdeling. Er is geen vast programma op de afdeling en er zijn geen standaard groepsactiviteiten. De problematiek van de jongeren is zo divers dat het op orde houden van het behandelmilieu een onmogelijke opdracht zou zijn. Wel kunnen de jongeren gebruikmaken van het modulaire aanbod van het ACT-team, de DGT-training (dialectische gedragstherapie)<sup>18</sup> of andere behandel mogelijkheden bij De Jutters. De activiteiten bij Strandloper worden ook aanvullend geboden aan jongeren met psychiatrische problemen die, vanwege ernstige systeemproblematiek, in een jeugdzorginstelling of beschermde woonvorm wonen.

Het behandelteam bestaat uit een coördinerend behandelaar/GZ-psycholoog en een senior sociotherapeut, een kinder- en jeugdpsychiater, een systeemtherapeut, een ouderbegeleider en twee intensief ambulante gezinsbegeleiders, ambulant werkers, twee sociaal-psychiatrisch verpleegkundigen die tevens werkzaam zijn in de crisisdienst van De Jutters, en een ervaringsdeskundige (die op afroep inzetbaar is). Het team komt dagelijks bijeen in de huiskamer van de afdeling en daar worden de activiteiten van jongeren en hulpverleners besproken en gepland.

Daarnaast zijn er wekelijkse voortgangsbesprekingen (van individuele behandelingen), drie-maandelijkse behandelplanbesprekingen met jongere, ouders, verwijzer en behandelteam, en intervisiebesprekingen. Een keer per zes weken houdt het team zorgoverleg over agressie en andere schokkende gebeurtenissen. Ook heeft het

team maandelijks een reflectiebijeenkomst op basis van de 'five-steps to change'-methodiek.<sup>5</sup> Hoofdbehandelaren van Strandloper, ACT, acute opname en gesloten behandeling komen wekelijks bijeen om de in-, door- en uitstroom goed te laten verlopen en om complexe casuïstiek te bespreken.

### De eerste ervaringen

'Eén nacht is veel te kort.' 'Jullie kunnen zware problematiek niet behappen—er is veel te weinig zorg.' 'Er is geen holding op de afdeling, hoe moet je nou observeren als je een jongere maar zelden ziet?' 'We kunnen niet zonder open afdeling, we lopen vol en kunnen niet doorverwijzen.' 'Klinische diagnostiek is onmisbaar.' Dit is een kleine bloemlezing van de reacties in de eerste maanden na opening van Strandloper. Waar men aanvankelijk enthousiast was over de opzet, heeft de stortvloed aan negatieve tegengeluiden veel twijfel teweeggebracht of de goede weg wel was ingeslagen. Nu terugkijkend op deze periode is een aantal factoren te onderscheiden.

### Behandelinhoudelijk

**Draagvlak creëren** Bij het introduceren van Strandloper was niet voorzien dat de verandering van werken zo veel impact zou hebben. De idee was: we leggen het uit, en nog een keer, en dan is het duidelijk. Het aan ouders en jongeren overlaten om te beslissen op welke wijze gebruik wordt gemaakt van de diensten van een ggz-instelling, leverde angst en onzekerheid op over verantwoordelijkheden. Veel jongeren die lid zijn van Strandloper hebben zeer ernstige psychiatrische problematiek en er ontstond angst voor ernstige incidenten. Het is nog steeds zoeken naar hoe de verantwoordelijkheden goed zijn afgedekt en of er voldoende ruimte blijft om anders te kunnen werken, over te laten, los te laten.

Daarnaast was de inhoud van werken voor de behandelmedewerkers van de voorheen klinische afdelingen, nu het Strandloper team, fors veranderd. De teams werkten met jongeren die opgenomen waren en een vast dagprogramma hadden met veel groepen. Nu werken de hulpverleners op een afdeling waarbij ze niet weten hoeveel en welke jongeren wanneer aanwezig zijn, of zich een situatie voordoet waarbij een huisbezoek afgelegd

moet worden, of er familie blijft slapen of dat er een hele dienst misschien niets te doen is. Er zijn geen groepsinterventies meer, er worden geen groepen meer gedraaid, de ene jongere wil nagelakken, de ander chillen op de bank en de volgende een goed gesprek voeren over het leven.

Teamleden zijn onzeker over hun eigen functioneren, er zijn heel veel vragen en men heeft het gevoel dat er eigenlijk, in deze omwenteling, te veel gevraagd is van de teams en individuele hulpverleners. Jos van der Lans beschrijft het belang van de ontregeling van teams teneinde zorg daadwerkelijk te kunnen veranderen.<sup>19</sup> Dit lijkt ook op de nieuwe afdeling te gelden. Grote, snelle veranderingen geven veel mogelijkheden. Vanuit de ervaring bij De Jutters blijkt wel dat het van wezenlijk belang is om in contact te blijven in het team en ook met het management, en om alle afspraken goed te documenteren, om de veranderingen grond en bestaansrecht te geven.

**Verbeterde doorstroom** De eerste maanden ontstonden er direct problemen met de doorstroom vanuit de acute crisisopname. Jongeren die eigenlijk niet langer geïndiceerd waren voor gesloten opname werden niet doorverwezen naar Strandloper. Er was bij het behandelteam van deze afdeling weinig vertrouwen in de zorg en holding op de nieuwe afdeling.

Waar een acute crisisafdeling holding geeft, onder andere door overname van verantwoordelijkheden in een periode van ontreding en onveiligheid, biedt Strandloper de holding door los te laten maar altijd beschikbaar te zijn. Door tijd te nemen, te ervaren, te blijven proberen, mee te lopen en in te vallen op elkaars afdeling heeft men de doorstroom aanzienlijk verbeterd.

Voor een kleine groep jongeren blijkt de doorstroom inderdaad moeilijk. Het gaat om jongeren die opknappen na een psychose of manische ontremming. Zij hebben geen gesloten deur meer nodig maar zijn nog erg kwetsbaar voor ontregeling. Het weer naar huis gaan, aangevuld met behandeling op Strandloper, geeft deze jongeren te weinig vaste structuur. Dit betekent dat het Strandloperkader voor deze jongeren aangepast moet worden met meer structuur.

Bij jongeren die bekend zijn met suïcidaliteit blijkt de benadering goed aan te sluiten. Met deze jongeren worden specifieke afspraken gemaakt

hoe hiermee om te gaan. Samenwerking, beschikbaarheid, maximale regie en maximale eigen verantwoordelijkheid zijn de inzet bij deze afspraken. We zien dat de jongeren bij wie de persoonlijkheidsontwikkeling bedreigd is en borderline symptomatologie op de voorgrond staat, een heftige strijd aangaan om de grenzen en de kaders van de afdeling te bevechten. Hun beroep op zorg en verzorgd worden is groot en vergt veel van de medewerkers. De grote betrokkenheid en ruimte in combinatie met de heldere kaders lijken echter juist voor deze populatie mogelijkheden te bieden voor behandeling en helpen gesloten crisisopnames te voorkomen.<sup>20</sup>

Daarnaast is er een groep jongeren met ernstige agressieproblematiek. Ook zij maken gebruik van Strandloper. Tot nu toe zijn de ervaringen dat vele escalaties thuis en op school voorkomen konden worden doordat ze op Strandloper terecht kunnen, waar wel hulp is maar geen druk.

**Klinisch denken verandert** Het werken op Strandloper werpt een nieuwe blik op het opnemen van jongeren. Met grote regelmaat worden er jongeren aangemeld, niet voor een behandeling maar voor een opname. De vraag om opname wordt dan uitgelegd als diagnostievraag, verzoek tot observatie of rust voor de thuissituatie. Nu, omdat we niet meer 'opnemen', blijkt onder deze vraag iets anders te liggen: vaak weet men niet meer wat men met de jongere aan moet, men wil in ieder geval tijdelijk bevrijd zijn van de jongere omdat de behandeling zoveel vergt, of er zijn problemen met huisvesting. Dergelijke onderliggende problemen komen sneller en kernachtiger in beeld, het vinden van passende oplossingen vergt veel creativiteit. Met name jongeren die (tijdelijk) niet thuis kunnen wonen vragen veel overleg, denkwerk en afstemming met ketenpartners.

#### **Organisatorisch**

Het is buitengewoon ingewikkeld om met een team van 15 FTE de rust te behouden op een afdeling met ondertussen honderdtwintig leden, met allemaal verschillende problematiek, verschillende afspraken en verschillende bejegening. De ervaringen in het ACT-team zijn leidend geweest in de organisatie van de afdeling en hebben geholpen overzicht te krijgen. Er wordt gewerkt met een digibord zoals dat bij ACT-teams gebruikelijk is.<sup>21</sup> Dit

digibord structureert het overzicht op de caseload en de individuele afspraken. Het doel van de behandeling staat op het digibord kort beschreven en de knipperfunctie (een alertmelding) treedt in werking wanneer het tijd wordt voor een evaluatie of wanneer een jongere zijn depotmedicatie nodig heeft. Elke jongere is gekoppeld aan een caseload-drager (een van de leden van het multidisciplinaire team). Deze coördineert de individuele behandeling en ziet erop toe dat alle benodigde documenten in het dossier zijn opgenomen.

De toestroom op de afdeling is wisselend: er zijn wekelijks rond de vijf nieuwe leden. Het komt geregeld voor dat de medewerkers de jongeren niet kennen. Hiervoor is afgesproken dat elke jongere die naar Strandloper komt, zich meldt aan de balie (het oude verpleegkantoor is afgebroken), bespreekt wat zijn doelen zijn en wat hij nodig heeft. Als een jongere (al dan niet samen met een lid van het gezin) blijft slapen, levert hij zijn lidmaatschapskaartje in en krijgt in ruil daarvoor de sleutel van zijn kamer voor die nacht. Zo blijft er zicht op wie er 's nachts in huis is.

#### *Bedrijfsmatig*

Omdat met name inhoudelijk idealisme, het geloof in Strandloper, de drijvende kracht is geweest bij de opzet, is onvoldoende rekening gehouden met de financiële consequenties van deze omvorming. Van het begin af aan was duidelijk dat de begroting van de twee klinische afdelingen met ieder een capaciteit van acht bedden niet gehaald zou worden door Strandloper. In september 2012 werd echter duidelijk dat de inkomsten serieus te beperkt waren en de tekorten mogelijk consequenties hadden voor het voortbestaan van de afdeling. Er was rekening gehouden met een verlies vanwege van de innovatie, maar niet in zo'n omvang als deze. Dit was een heftige periode. Omdat de stroom aanmeldingen echter goed op gang bleef met gemiddeld vijf nieuwe intakes per week, is gekozen om zo veel mogelijk vast te houden aan onze visie, maar (tijdelijk) met een grotere flexibiliteit in beddagen. Sommige jongeren verbleven twee tot drie weken op de afdeling, andere hadden de afspraak in het weekend twee nachten te kunnen blijven.

De vrees in deze periode was dat, doordat we de visie minder duidelijk konden vormgeven, we ons eigen concept om zeep zouden helpen en het klinisch denken (problemen oplossen door jongeren

*De huisarts van Anne (19 jaar) belt naar Strandloper. Het gaat niet goed met haar, ze moet vanwege suïcidaliteit direct worden opgenomen op een gesloten afdeling. Anne is lid van Strandloper. Het team besluit Anne eerst te bellen. Ze is in tranen, weet niet meer hoe het verder moet, zegt dat ze zich nog nooit zo slecht heeft gevoeld. Op de uitnodiging om langs te komen reageert ze afwijzend: jullie kunnen me toch niet helpen, ik moet toch weer naar huis. De mogelijkheden van Strandloper, vooral de voortdurende beschikbaarheid, worden wederom uitgebreid met haar doorgesproken. Met de verantwoordelijke psychiater vindt overleg plaats. Besloten wordt met name onze beschikbaarheid te blijven benoemen en deze ook te laten zien door telkens het contact te blijven zoeken. Langzaamaan verandert het eenrichtingsverkeer en maakt het team samen met Anne een plan hoe met de huidige crisis om te gaan.*

op te nemen) weer terug zouden brengen. In de praktijk is dat erg meegevallen. Doordat we in de intakegesprekken veel aandacht besteedden aan het uitdragen van de visie van Strandloper en de ambulante werkers steeds meer de jongeren thuis opzochten, konden we de inhoudelijke ontwikkeling voortzetten. Nu, in juli 2013, met 125 leden, zijn de inkomsten dusdanig dat we terug kunnen naar onze eerste uitgangspunten.

#### *Besluit*

In de veranderende tijden binnen de ggz, tegen een gevoel van verschraling, pessimisme en verlies in, heeft de gastvrije open afdeling Strandloper een mogelijkheid gevonden om jongeren en hun ouders te helpen hun krachten optimaal aan te wenden als zij geconfronteerd worden met een ernstige psychiatrische aandoening. De succesfactoren van dit nieuwe concept zijn een grote reikwijdte, continue beschikbaarheid van een gespecialiseerd, multidisciplinair behandelteam, die



werkt vanuit een gastvrije, faciliterende houding en met de flexibiliteit die de ACT-zorg ons leert. Veel weerstand, een (nog) niet stabiele inkomststroom en overzicht op de cliëntengroep en de

soms intensieve individuele programma's zijn de grote uitdagingen.

### Literatuur

- 1 Delespaul PAEG. Consensus over de aard en omvang van de populatie mensen met een Ernstige Psychiatrische Aandoening (EPA). In voorbereiding.
- 2 GGZ Nederland. Visiedocument 2011-2014: Jeugd-ggz Investeren in de toekomst. Amersfoort: GGZ Nederland; 2011.
- 3 Raad voor de volksgezondheid en zorg. Visiedocument stoornis en delict: forensische en verplichte geestelijke gezondheidszorg vormen een keten. Den Haag: RVZ; 2012.
- 4 Hendriksen-Favier A. Modelbeschrijving (F)ACT Jeugd. Utrecht: Trimbos-instituut; 2011.
- 5 Trifier. Five steps to change. Rijen: Trifier.
- 6 Slade M. Personal recovery and mental illness: A guide for mental health professionals. Cambridge: Cambridge University Press; 2009.
- 7 Rogers CR. Client-centered therapy: it's current practice, implications and theory. London: Constable and Company Limited; 1992.
- 8 Stein LI, Santos AB. Assertive community treatment of persons with severe mental illness. New York: Norton & Company; 1998.
- 9 Teuling E den. Alternatief voor een klinische opname, een Zweedse methodiek. Kind en Adolescent Praktijk 2011; 10(4): 184-189.
- 10 Teuling E den, Gustavson A, Isaksen L. Alternatief voor een klinische opname, intensieve multidisciplinaire behandeling in de praktijk: een casus. Kind en Adolescent Praktijk 2012; 11(3): 108-115.
- 11 Anthony WA. Recovery from mental illness: The guiding vision of the mental health service system in the 1990s. Psychosocial Rehabilitation Services 1993; 16(4): 11-23.
- 12 Slade M. Hundred ways to support recovery, London: Rethink; 2009.
- 13 Muran JC, Barber JP (eds). The therapeutic alliance: an evidence-based guide to practice. New York: Guilford Press; 2010.
- 14 Lambert MJ, Barley DE. Research summary on the therapeutic relationship and psychotherapy outcome. In C Norcross (Ed.), Psychotherapy relationships that work: Therapist contributions and responsiveness to patients. New York: Oxford University Press; 2002.
- 15 Migden S. Common sense in judging empirically supported treatment programs. Places for Struggling Teens 2006; mei; 141.
- 16 Kroon H, Mulder N. Assertive community treatment: Bemoeizorg voor patiënten met complexe problemen. Amsterdam: Boom Cure & Care; 2009.
- 17 Bak M, Drukker M, Bie A de, Campo J à et al. Een observationele trial naar 'assertive outreach' met remissie als uitkomstmaat. Tijdschrift voor Psychiatrie 2008; 5, 253-262.
- 18 Linehan MM. Dialectische gedragstherapie bij borderline persoonlijkheidsstoornis: theorie en behandeling. Lisse: Swets & Zeitlinger; 2002.
- 19 Lans J van der. Ontregelen. Amsterdam: Augustus; 2008.
- 20 Kalse H. Het Vanellusfenomeen. Demonstratief incompetent gedrag van patiënten met een borderline persoonlijkheidsstoornis. Directieve therapie 2000; 20; 174-187.
- 21 Veldhuizen R van, Bähler M, Polhuis D, Os J van (red). Handboek FACT. Utrecht: De Tijdstroom; 2009.

### Samenvatting

Voor ambulante zorg aan jongeren met ernstige psychiatrische aandoening heeft De Jutters, centrum voor kinder- en jeugdpsychiatrie in de regio Haaglanden de gastvrije open afdeling Strandloper geopend. Deze afdeling kenmerkt zich door een grote mate van flexibiliteit in behandelaanbod en een grote mate van regie door jongere en ouders zelf, over de invulling van zorg. De afdeling heeft een outreachend team, een bereikbaarheid en beschikbaarheid van 24 uur per dag, 7 dagen per week, en de mogelijkheid van verblijf tot maximaal 24 uur per keer. De eerste ervaringen bij het ontwikkelen en implementeren van deze nieuwe visie op het gebruik van ggz-bedden worden beschreven vanuit behandelinhoudelijk, organisatorisch en bedrijfsmatig vlak.

**Drs. D. Ernste** is klinisch psycholoog/psychotherapeut en manager behandelzaken Getij, Centrum Intensieve Jeugdpsychiatrie De Jutters, Centrum voor Jeugd-GGZ Haaglanden. [d.ernste@dejutters.com](mailto:d.ernste@dejutters.com)