Acute zorg

- Ik ben toch niet gek? -

Student: C.P. (Ellen) de Visser
Opleiding: Maatschappelijk Werk en Dienstverlening

Student: L.C. (Linda) Westerbeke
Opleiding: Sociaal Pedagogisch Hulpverlening

Instelling: GGz Centraal
Werkveldbegeleider: B. Molenaar

School: Christelijke Hogeschool Ede
Afstudeerbegeleider: drs. A.M. Vrijmoeth

Datum: mei 2011

© Christelijke Hogeschool Ede
Alle rechten voorbehouden.

Samenvatting

Dit kwalitatieve onderzoek is uitgevoerd voor afdeling 'de Rietschans', welke onderdeel is van de kinder- en jeugdpsychiatrie van GGz Centraal. Het werkgebied van GGz Centraal is Flevo-Veluwe. In dit gebied is het aanbod van crisisopname voor de jongere ontoereikend. GGz Centraal heeft dit tekort gesignaleerd en wil anno augustus 2011 een zorgpad aan het bestaande behandelaanbod van afdeling 'de Rietschans' toevoegen: zorgpad 'Acute zorg'. Echter, voor het vormgeven van dit zorgpad is kennis nodig. Afdeling 'de Rietschans' ervaart een tekort aan kennis over deze vorm van opname. De probleemstelling luidt dan ook als volgt: 'Op uitvoerend en beleidsniveau ervaart afdeling 'de Rietschans' een tekort aan kennis – over zowel de vrijwillige als onvrijwillige crisisopname bij jongeren tussen de 12 en 18 jaar – om het nieuw te implementeren zorgpad 'Acute zorg' daadwerkelijk vorm te geven.'

De hoofdvraag is: 'Uit welke behandeling moet het zorgpad 'Acute zorg' bestaan en hoe wordt deze behandeling methodisch verantwoord?' De deelvragen zijn als volgt:

1. Wat zijn de bestaande zorgpaden binnen afdeling 'de Rietschans'?
2. Wat zijn de bestaande modules bij crisisopname voor de jongere in vergelijkbaar type instelling?
3. Wat zijn de juridische kaders voor onvrijwillige opname binnen afdeling 'de Rietschans'?
4. Welke procedure moet gevolgd worden om tot een behandeling binnen 'Acute zorg' te kunnen komen?
5. Hoe komt een methodisch verantwoorde behandeling binnen het zorgpad 'Acute zorg' tot stand?
6. Welke personen vervullen een functie binnen het zorgpad 'Acute zorg'?
7. Hoe sluit het zorgpad 'Acute zorg' aan op de bestaande zorgpaden?

De doelstelling van dit kwalitatieve onderzoek is het vergroten van de kennis van de behandeling van de jongere in crisisopname bij afdeling 'de Rietschans'. Om tot een methodische verantwoorde behandeling te komen, moet de kennis zowel op beleids- als uitvoerend niveau vergroten.

Via de onderzoeksmethoden literatuuronderzoek, documentenonderzoek en interviews komt het product tot stand. Het product is – passend binnen het inventariserend of beschrijvend onderzoek – een beschrijving van de behandeling van de jongere in crisisopname bij afdeling 'de Rietschans'. Deelvraag 1 en 2 omvatten het vooronderzoek. In deelvraag 3 worden de juridische kaders voor zowel vrijwillige als onvrijwillige opname omschreven. Deze deelvragen vormen tezamen de basis voor de beschrijving, welke in deelvraag 4 tot en met 7 uitgewerkt worden. Die beschrijving is leidend om zorgpad 'Acute zorg' bij afdeling 'de Rietschans' vorm te geven.

Samengevat verloopt de opname, behandeling en afsluiting van de zorg in zorgpad 'Acute zorg' als volgt: de jongere wordt aangemeld via de huisarts, Bureau Jeugdzorg (BJZ) en de crisisdienst bij afdeling 'de Rietschans'. De Sociaal Psychiatrisch Verpleegkundige (SPV-er) en de arts voeren het opnamegesprek en regelen de verdere opname in zorgpad 'Acute zorg'. Het hoofddoel van crisisopname is het herstel van evenwicht. Zorgpad 'Acute zorg' is op basis van het herstelondersteunend milieu vormgegeven. De behandeling bestaat voornamelijk uit rust en structuur. Hiertoe worden het competentiemodel, motiverende gespreksvoering en de systeembenadering – door behandelaars en begeleiding – als ondersteunende methodieken ingezet. Verder worden middelen en maatregelen toegepast. Als de doelstelling van zorgpad 'Acute zorg' is behaald, verwijst afdeling 'de Rietschans' de jongere door naar een vervolgbehandeling elders of in één van de overige zorgpaden.

Tot slot is het van groot belang om zorgpad 'Acute zorg' – naast de periodieke evaluatie ten bate van de kwaliteitszorg – grondig te evalueren.

Inhoudsopgave

Titelpagina

Samenvatting

Inhoudsopgave

Voorwoord

Hoofdstuk 1: Plan van aanpak
1.1 Aanleiding 8
1.2 Probleemstelling 8
1.3 De vraagstelling en de richtinggevende onderzoeksvragen 8
1.4 Doelstellingen 9
1.5 Werkwijze en onderzoeksmethoden 10
1.6 Eindproduct 11

Hoofdstuk 2: Zorgpaden
2.1 Behandelaanbod van afdeling 'de Rietschans' 12
2.1.1 Zorgpad 'Diagnostiek' 13
2.1.2 Zorgpad 'Inzicht' 13
2.1.3 Zorgpad 'Motivatie' 14
2.1.4 Zorgpad 'Structuur' 15
2.2 Beschrijving modules 15

Hoofdstuk 3: Vergelijkend onderzoek
3.1 Flevoland 19
3.1.1 'In de Bres' 19
3.1.2 'Kwintes' 19
3.2 Gelderland 19
3.2.1 'InZicht' 19
3.2.2 'GGNet' 20
3.2.3 'ProPersona' 20
3.2.4 'IrisZorg' 20
3.3 Overige 21
3.3.1 'Altrecht' 21
3.3.2 'Karakter' 21

Hoofdstuk 4: Juridische kaders
4.1 Handelingsbevoegdheid 23
4.2 Onvrijwillige opname 24
4.2.1 RM 25
4.2.2 IBS 27
4.3 Rechten en plichten 28
4.3.1 Acceptatieplicht 28
4.3.2 Behandelingsplan 29
4.3.3 Bijdrage in kosten van jeugdzorg 29
4.3.4 Geheimhoudingsplicht 30
4.3.5 Informatierecht 31
4.3.6 Inzagerecht 32

4.3.7 Klachtrecht 32
4.3.8 Leerplicht 33
4.3.9 Medezeggenschap 34
4.3.10 Middelen en maatregelen 35
4.3.11 Nazorg 36
4.3.12 Patiëntendossier 36
4.3.13 Patiëntenvertrouwenspersoon 37
4.3.14 Verlof en ontslag 38
4.3.15 Overig 38

Hoofdstuk 5: Procedures
5.1 Aanmeldingsprocedure 40
5.1.1 Indicaties 40
5.1.2 Verwijzing 40
5.1.3 Aanmelding 42
5.2 Vervolgfase 42
5.3 Handelingsprocedure van afdeling 'de Rietschans' 43
5.3.1 Zelfbindingsverklaring 43
5.3.2 RM 44
5.3.3 MVV 44
5.3.4 RM op eigen verzoek 44
5.3.5 IBS 45

Hoofdstuk 6: Behandeling
6.1 Doelstellingen 46
6.2 Basisfilosofie 46
6.2.1 Herstel 47
6.2.2 IRB 48
6.2.3 Milieurehabilitatie 48
6.3 Basisbehandeling 49
6.3.1 Basis 49
6.3.2 Dagelijkse routine 50
6.3.3 Huisregels 50
6.3.4 Overig 51
6.4 Methodieken 51
6.4.1 Competentiemodel 52
6.4.2 Motiverende gespreksvoering 53
6.4.3 Systeembenadering 54
6.5 Modules 57
6.6 Middelen en maatregelen 59
6.6.1 Structureren crisis 59
6.6.2 Toepassen middelen en maatregelen 59
6.6.3 Overnemen zorg en autonomie 61

Hoofdstuk 7: Behandelaars
7.1 Relatie 62
7.2 Multidisciplinair team 62
7.2.1 Disciplines binnen multidisciplinair team 63
7.2.2 Takenpakket 64
7.2.3 Overleg 64
7.3 Begeleiding 65
7.3.1 Attitude 65

7.3.2 Kennis 65
7.3.3 Vaardigheden 66

Hoofdstuk 8: Aansluiting
8.1 Afsluiten van zorg 67
8.2 Voorbereiden overplaatsing 67
8.2.1 Jongere 67
8.2.2 Personeelsmatig 68
8.2.3 Beleidsmatig 68
8.3 Overplaatsing 69

Conclusie 70

Aanbevelingen 72

Discussie 73

Literatuurlijst

Bijlage 1: Afkortingenlijst
Bijlage 2: Begrippenkader
Bijlage 3: Figuren
Bijlage 4: Interviews personeelsleden
Bijlage 5: Interviews jongeren
Bijlage 6: Protocollen

Voorwoord

Na maandenlange inspanning, presenteren wij u ons afstudeerproduct 'Acute zorg! Ik ben toch niet gek?'. Wij zijn C.P. (Ellen) de Visser en L.C. (Linda) Westerbeke, studenten van de Christelijke Hogeschool Ede (CHE). C.P. de Visser studeert Maatschappelijk Werk en Dienstverlening (MWD), met als verdiepingsminor jeugdzorg. L.C. Westerbeke studeert Sociaal Pedagogisch Hulpverlening (SPH), met als verdiepingsminor psychiatrie. Rond september 2010 mailden we instellingen met de vraag of zij een afstudeeronderzoek aanbieden voor zowel MWD als SPH. GGz Centraal reageerde positief. In oktober 2010 zijn we op gesprek geweest bij GGz Centraal, afdeling 'de Rietschans'. De opdracht werd uitgelegd en wij waren beiden direct enthousiast. In januari 2011 startten we met afstuderen. De samenwerking als aankomend MWD-er en SPH-er leverde een waardevolle aanvulling binnen de beschrijving van ons afstudeerproduct. Nu – mei 2011 – ronden we dit afstudeerproduct af. Het afstudeerproduct: de kroon op onze studie aan de CHE.

Onze dank gaat boven alles uit naar God. Hij, Die ons het verstand gaf. Hij, Die ons het geloof gaf. Hij, Die ons de hoop gaf. Hij, Die ons de liefde gaf: elkaar. Met dit verstand, dit geloof, deze hoop en deze liefde is dit afstudeerproduct – ook in tegenslag in werk en privé – voltooid. Naast God willen we onze familie, vrienden en huisgenoten danken voor hun onvoorwaardelijke geloof, hoop en liefde, welke motiverend werkten.

Ook onze werkveldbegeleider – B. Molenaar – willen we danken voor de begeleiding en de leerzame besprekingen. Verder zeggen wij onze afstudeerbegeleider vanuit de CHE – drs. A.M. Vrijmoeth – hartelijk danken voor haar begeleiding en opbouwende feedback. A.D.A. van Beveren verdient een bijzonder woord van dank. Ook in stressvolle periodes bracht zij rustmomenten aan.

Verder zijn wij drs. A.G. Hordijk, mr. M.J. Verheij en A.J. de Visser zeer erkentelijk voor hun inhoudelijke bijdrage aan de vormgeving van het zorgpad 'Acute zorg'. Ook de geïnterviewde personeelsleden van afdeling 'de Rietschans' willen wij bedanken voor de enthousiaste inbreng, het was verrijkend! Vervolgens gaat onze dank uit naar J.C. Heystek en K. Slump die geheel belangeloos hun boeken beschikbaar hebben gesteld.

Dit afstudeerproduct is geschreven voor personeelsleden van afdeling 'de Rietschans'. Dit betreft zowel personeelsleden op uitvoerend als beleidsniveau.

De hoofdvraag luidt als volgt: 'Uit welke behandeling moet het zorgpad 'Acute zorg' bestaan en hoe wordt deze behandeling methodisch verantwoord?' Hoofdstuk 1 beschrijft de werkwijze die leidend is geweest bij het vormgeven van het afstudeerproduct. In hoofdstuk 2 wordt het huidige behandelaanbod van afdeling 'de Rietschans' beschreven. Hoofdstuk 3 geeft de resultaten van het vergelijkend onderzoek weer. In hoofdstuk 4 wordt de Nederlandse wetgeving rondom gedwongen crisisopname omschreven. Dit biedt juridische kaders om het zorgpad 'Acute zorg' vorm te geven. Vervolgens wordt in hoofdstuk 5 behandeld welke procedures leiden tot een uiteindelijke behandeling in het zorgpad 'Acute zorg'. Deze behandeling wordt in hoofdstuk 6 nader uitgewerkt, waarna in hoofdstuk 7 de behandelaars worden omschreven. In hoofdstuk 8 wordt uitgewerkt hoe zorgpad 'Acute zorg' wordt geïmplementeerd in het bestaande behandelaanbod van afdeling 'de Rietschans'. Het verslag eindigt met een discussie en conclusie, welke in het kort antwoord geven op de hoofdvraag. Tot slot geven we aanbevelingen voor vervolgonderzoek.

Voor de leesbaarheid is in de tekst de 'hij-vorm' gebruikt. Waar 'hij' staat kan ook 'zij' worden gelezen. Definiëring van afkortingen zijn weergegeven in de afkortingenlijst in bijlage 1. Terminologie met een * wordt uitgelegd in het begrippenkader in bijlage 2.

C.P. (Ellen) de Visser en L.C. (Linda) Westerbeke

Hoofdstuk 1: Plan van aanpak

Dit hoofdstuk is een verkorte weergave van het plan van aanpak dat leidend is geweest in het vormgeven van het uiteindelijke afstudeerproduct. Dit is de verantwoording van de werkwijze. In paragraaf 1.1 wordt de aanleiding beschreven. De aanleiding mondt uit in een probleemstelling, welke in paragraaf 1.2 staat opgetekend. De hoofd- en deelvragen vallen onder paragraaf 1.3, de vraagstelling. In de daaropvolgende paragraaf 1.4 worden de specifieke en algemene doelstellingen van het afstudeerproduct weergegeven. In 1.5 worden de werkwijze en onderzoeksmethoden beschreven. Het hoofdstuk sluit af met paragraaf 1.6. Deze paragraaf omvat een beschrijving van het eindproduct.

1.1 Aanleiding

Deze opdracht voeren wij uit in opdracht van GGz Centraal, afdeling 'de Rietschans' te Ermelo. Het behandelaanbod van afdeling 'de Rietschans' richt zich voornamelijk op de jongere in Flevoland. Anno 2010 is er in Flevoland een tekort aan aanbod in crisisopname voor jongeren. GGz Centraal heeft dit tekort gesignaleerd. Afdeling 'de Rietschans' gaat in augustus 2011 verhuizen naar een nieuwbouwpand. In dit pand wordt het behandelaanbod van afdeling 'de Rietschans' uitgebreid met crisisopname voor de jongere van 12 tot 18 jaar: zorgpad 'Acute zorg' genaamd. Zowel op uitvoerend als op beleidsniveau wordt een tekort aan kennis over crisisopname voor de jongere ervaren. Daarom heeft afdeling 'de Rietschans' ons gevraagd om informatie te verzamelen omtrent crisisopname voor de jongere. Deze informatie wordt vastgelegd in een beschrijving van het zorgpad 'Acute zorg'.

De visies die richtinggevend zijn in het selecteren van de informatie zijn:

1. GGz Centraal: de psychiatrie richt zich anno 2011 op herstel. Hiertoe wordt vaak de competentievergroting ingezet, welke zijn oorsprong vindt in de gedragspsychologie. GGz Centraal richt zich evenzo op herstel: herstel van evenwicht. De behandeling moet zo normaal mogelijk zijn. De behandelaars en de begeleiding richten zich op empowerment*.
2. Studenten: vanuit onze christelijke levensbeschouwing vinden wij het belangrijk dat de jongere naast de behandeling ook liefde ontvangt. Naastenliefde is een waarde die voor ons belangrijk is. De behandeling moet meewerken aan herstel van relaties (zoals deze door God bedoeld zijn). De mens is pas echt zichzelf in relatie met zichzelf, de ander en God. Het systeem is dan ook onmisbaar. De behandelaars en de begeleiding geven de jongere erkenning, waardering en liefde: 'Je mag er zijn!'.

Wij waren beiden gelijk enthousiast voor deze opdracht. Ellen heeft affiniteit met de doelgroep jongeren en Linda is geïnteresseerd in de psychiatrie. Daarnaast vonden wij het uitdagend om de kennis toe te spitsen op de visie en werkwijze van afdeling 'de Rietschans', zodat het zorgpad 'Acute zorg' aansluit op het huidige behandelaanbod. Daarnaast leverde het voor ons veel leerwinst op.

1.2 Probleemstelling

De probleemstelling luidt als volgt: 'Op uitvoerend en beleidsniveau ervaart afdeling 'de Rietschans' een tekort aan kennis – over zowel de vrijwillige als onvrijwillige crisisopname bij jongeren tussen de 12 en 18 jaar – om het nieuw te implementeren* zorgpad 'Acute zorg' daadwerkelijk vorm te geven.'

1.3 De vraagstelling en de richtinggevende onderzoeksvragen

Vanuit de probleemstelling is een vraagstelling te formuleren die als hoofdvraag bij ons onderzoek wordt gehanteerd: 'Uit welke behandeling moet het zorgpad 'Acute zorg' bestaan en hoe wordt deze behandeling methodisch verantwoord?'

Om deze vraagstelling te kunnen beantwoorden, maken we gebruik van deelvragen die gericht zijn op macro-* meso-* en microniveau*. Het betreft de volgende deelvragen:

1. Wat zijn de bestaande zorgpaden binnen afdeling 'de Rietschans'?
2. Wat zijn de bestaande modules bij crisisopname voor jongeren in vergelijkbaar type instelling?
3. Wat zijn de juridische kaders voor onvrijwillige opname binnen afdeling 'de Rietschans'?
4. Welke procedure moet gevolgd worden om tot een behandeling binnen 'Acute zorg' te kunnen komen?
5. Hoe komt een methodisch verantwoorde behandeling binnen het zorgpad 'Acute zorg' tot stand?
6. Welke personen vervullen een functie binnen het zorgpad 'Acute zorg'?
7. Hoe sluit het zorgpad 'Acute zorg' aan op de bestaande zorgpaden?

Hiermee beschrijven we de opname, behandeling en afsluiting van zorgpad 'Acute zorg'. De juridische kaders (deelvraag 3) beslaan naast de wet Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ), Wet bijzondere opnemingen in psychiatrische ziekenhuizen (Wet BOPZ) en Wet op de jeugdzorg (Wjz) ook uitvoeringsbesluiten. Het ontbreekt ons aan tijd en middelen om deze uitvoeringsbesluiten grondig te onderzoeken. Daarnaast worden de procedures (deelvraag 4) niet tot in detail uitgewerkt, aangezien deze gedeeltelijk ontwikkeld worden door afdeling 'de Rietschans'.

In de hoofd- en deelvragen komen begrippen voor, die we als volgt definiëren:

- acute zorg: de jongere die een gevaar voor zichzelf of de omgeving kunnen vormen, waardoor acute opname van node is (art. 60, Wet BOPZ);
- behandeling: aanmelding, opname, daadwerkelijke behandeling en overplaatsing behoren tot de behandeling in 'Acute zorg';
- crisisopvang*: acute opname voor de jongere die niet in staat is om veiligheid voor zichzelf of zijn omgeving te waarborgen;
- jongere: de jongere in de leeftijd van 12 tot 18 jaar, met een mogelijke uitloop tot 23 jaar;
- methodisch verantwoorde behandeling: methodisch handelen is bewust, planmatig, systematisch en doelgericht handelen vanuit een visie – die vaak levensbeschouwelijk gekleurd is – gecombineerd met het vermogen dit handelen te verantwoorden en te legitimeren vanuit theoretische, ethische/normatieve, juridische, maatschappelijke en instellingskaders;
- modules: onderdelen waaruit een zorgpad is opgebouwd;
- zorgpad: een zorgpad is een behandelmethode die bestaat uit verschillende behandelmodules.

1.4 Doelstellingen

Onze doelstellingen voor dit afstudeerproject zijn verdeeld in een algemene doelstelling en specifieke doelstellingen.

<u>Algemene doelstelling</u>

Kennis van medewerkers op uitvoerend en beleidsniveau rondom crisisopname bij de jongere te vergroten.

<u>Specifieke doelstellingen</u>

Bij deelvraag 1 wordt aan de volgende doelstellingen gewerkt:

- de bestaande zorgpaden binnen afdeling 'de Rietschans' zijn beschreven;
- de modules waaruit de zorgpaden zijn opgebouwd worden uitgelegd;
- de procedure om een zorgpad te beëindigen is weergegeven.

Bij deelvraag 2 wordt aan de volgende doelstellingen gewerkt:
- de crisisopnames in vergelijkbaar type instelling zijn overzichtelijk weergegeven;
- de behandeling bij crisisopnames in vergelijkbaar type instelling is uitgewerkt.

Bij deelvraag 3 wordt aan de volgende doelstellingen gewerkt:
- de Nederlandse wetgeving (AWBZ, Wet BOPZ en Wjz) omtrent gedwongen crisisopname is begrijpelijk omschreven.

Bij deelvraag 4 wordt aan de volgende doelstellingen gewerkt:
- de procedure om tot een behandeling binnen 'Acute zorg' te komen is helder;
- waar mogelijk wordt de procedure in een stappenplan weergegeven.

Bij deelvraag 5 wordt aan de volgende doelstellingen gewerkt:
- de behandeling binnen zorgpad 'Acute zorg' is praktisch toepasbaar;
- de behandeling binnen zorgpad 'Acute zorg' is methodisch verantwoord;
- de behandeling past bij de visie en werkwijze van afdeling 'de Rietschans'.

Bij deelvraag 6 wordt aan de volgende doelstellingen gewerkt:
- de aansluiting op de bestaande zorgpaden is haalbaar;
- de stappen om implementatie van het zorgpad 'Acute zorg' in het bestaande behandelaanbod te realiseren, zijn helder omschreven.

1.5 Werkwijze en onderzoeksmethoden

De aard van het onderzoek is kwalitatief. Een kenmerk van kwalitatief onderzoek is dat de onderzoekssituatie als één geheel wordt beschouwd (Baarda e.a., 2009). Zo staat zorgpad 'Acute zorg' niet op zichzelf, maar maakt het deel uit van één geheel: afdeling 'de Rietschans', GGz Centraal. Deelvraag 1 behandeld daarom de context van het zorgpad 'Acute zorg' binnen afdeling 'de Rietschans' en deelvraag 2 behandelt de context van crisisopname binnen afdeling 'de Rietschans' in de provincies Flevoland, Gelderland en Utrecht.

Het onderzoekstype is het inventariserend of beschrijvend onderzoek. Volgens Baarda e.a. (2009) zijn passende onderzoeksmethoden:
1. Literatuuronderzoek.
2. Documentenonderzoek.
3. Interviews.

Deze onderzoeksmethoden worden gebruikt om data te verzamelen. Data zijn gegevens die antwoord geven op de deelvraag. De databronnen die wij door middel van literatuur-, documentenonderzoek of interviews willen analyseren, bepalen het resultaat. Wij achten het gebruik van verschillende databronnen dan ook van groot belang. Door verschillende databronnen kritisch te vergelijken, wordt de behandeling binnen zorgpad 'Acute zorg' vanuit verschillende invalshoeken bekeken. We zochten naar overeenkomsten en verschillen tussen databronnen. Dit maakt namelijk generaliseren mogelijk (Baarda e.a., 2009). Dit generaliseren maakt het trekken van conclusies mogelijk en leidt uiteindelijk tot de beantwoording van de hoofd- en deelvragen.

<u>Literatuuronderzoek</u>

Er is literatuuronderzoek gepleegd in de AWBZ, Wet BOPZ en de Wjz om juridische kennis te vergaderen ten behoeve van deelvraag 3. Voor de vormgeving van zorgpad 'Acute zorg' is verantwoording vanuit verdere literatuur onmisbaar. Deze vorm van dataverzameling is dan ook veelvuldig ingezet om deelvraag 4 en 5 te beantwoorden.

<u>Documentenonderzoek</u>

Documentenonderzoek is het doen van onderzoek in schriftelijke bronnen, anders dan literatuur. Wij hebben in ons documentenonderzoek gebruik gemaakt van de volgende documenten:
- documenten van GGz Centraal;
- publicaties op de HBO-kennisbank;
- databanken en abonnementen van de CHE;

- databanken en archieven in de Zeeuwse Bibliotheek;
- informatiebrochures die verstrekt worden door afdeling 'de Rietschans' aan de jongere en diens wettelijke vertegenwoordiger(s) *.

Het documentenonderzoek is richtinggevend geweest in het beantwoorden van deelvraag 2. Verder is het ondersteunend geweest in het beantwoorden van deelvraag 1, 3, 4 en 5.

Interviews

We achten de visie – ook wel perspectief of situatiedefinitie genoemd (Baarda e.a., 2009) – van de hulpverleners belangrijk in het vormgeven van zorgpad 'Acute zorg'. De winst van interviews is dat interactie mogelijk is. We hebben halfgestructureerde interviews afgenomen. Deze interviews maken namelijk een optimale uitwisseling van kennis tussen de interviewer en de geïnterviewde mogelijk. In deze interviews liggen de onderwerpen, vragen en de structuur van het interview vast (Baarda e.a., 2009). Het interview bestond uit 9 vragen (bijlage 4) en behandeld deelvraag 4, 5 en 6. Aan de hand van deze deelvragen zijn de interviewvragen opgesteld. Aangezien kennis op uitvoerend en beleidsniveau tekort schoot, hebben we – ook voor een representatief beeld – interviews afgenomen met personeelsleden op zowel uitvoerend als beleidsniveau. Hiertoe zijn de manager, psychiater, 'Hoofd Beheer Cluster Adolescenten', SPV-er en twee begeleiders van afdeling 'de Rietschans' geïnterviewd.

De werkelijkheid wordt door het afnemen van een halfgestructureerd interview zo min mogelijk gereduceerd. Dit komt terug in onze aanpak van de interviews:

- gezamenlijk interviews afnemen;
- opnemen van interviews op voicerecorder;
- letterlijk uitwerken van de interviews;
- fragmenteren van de interviews;
- labelen van de interviews;
- definiëring van de kernlabels.

Dit proces heeft ons veel tijd gekost. Echter, niet tevergeefs! Naast dat dit proces overzicht geeft, is het houden van interviews noodzakelijk geweest om de kennis praktisch toepasbaar te maken voor afdeling 'de Rietschans'.

1.6 Eindproduct

Het afstudeerproduct is een schriftelijk verslag – dubbelzijdig geprint in verband met het milieu – met daarin alle resultaten en conclusies van het inventariserend onderzoek voor GGz Centraal. Het afstudeerproduct omvat een beschrijving van zorgpad 'Acute zorg' bij afdeling 'de Rietschans'.

We leveren het afstudeerproduct zowel in een digitale als uitgeprinte versie aan. De presentatie – die gehouden wordt bij GGz Centraal – is de afronding van het onderzoek.

Dit plan van aanpak is richtinggevend voor het beantwoorden van de hoofdvraag en dus het ontwerpen van de behandeling in zorgpad 'Acute zorg'. In het volgende hoofdstuk wordt allereerst het huidige behandelaanbod uitgewerkt. Dit verschaft informatie over de visie en werkwijze van afdeling 'de Rietschans'.

Hoofdstuk 2: Zorgpaden

Voordat we overgaan tot het vormgeven van het zorgpad 'Acute zorg', is het noodzakelijk om het bestaande behandelaanbod te onderzoeken. De resultaten van dit onderzoek maken implementatie van zorgpad 'Acute zorg' mogelijk. Dit hoofdstuk behandelt de deelvraag: 'Wat zijn de bestaande zorgpaden binnen afdeling 'de Rietschans'?'. Dit hoofdstuk is vormgegeven aan de hand van overleg met de werkveldbegeleider en documentenonderzoek in niet-gepubliceerde bronnen van GGz Centraal. Dit hoofdstuk – paragraaf 2.1 – start met een beschrijving van het behandelaanbod van afdeling 'de Rietschans'. In paragraaf 2.2 wordt omschreven wat de verschillende modules inhouden. Dit hoofdstuk sluit af met een samenvatting.

2.1 Behandelaanbod van afdeling 'de Rietschans'

Na het uitwerken van het algemene behandelaanbod van afdeling 'de Rietschans', wordt achtereenvolgens in de paragraven 2.1.1 tot 2.1.4 de zorgpaden 'Diagnostiek', 'Inzicht', 'Motivatie' en 'Structuur' beschreven. Zij starten met een algemene beschrijving van het desbetreffende zorgpad. Vervolgens wordt beschreven hoe het evaluatieproces plaatsvindt. Elke subparagraaf sluit af met een overzicht van de modules.

Afdeling 'de Rietschans' deelt – in tegenstelling tot andere instellingen in de psychiatrie – niet op basis van diagnose, maar op basis van passende behandeling de jongere in een zorgpad in. Op dit moment, begin 2011, bestaat het behandelaanbod van afdeling 'de Rietschans' uit vier 4 zorgpaden: 'Diagnostiek', 'Inzicht', 'Motivatie' en 'Structuur'. De jongere die hulp nodig heeft, kan in één van deze zorgpaden terecht voor therapie. De therapie wordt vormgegeven door modules die aangeboden worden binnen het zorgpad. Het aanbod van modules is altijd in ontwikkeling, aangezien deze worden afgestemd op de individuele wensen en behoeften van de jongere. Zo ontwikkelt zich op dit moment een module over genderproblematiek omdat hier vraag naar bleek te zijn. Bij beëindiging van de therapie kan de jongere 2 tot 3 maanden gebruik maken van de uitstroompoli. Hier zijn wel voorwaarden aan verbonden. Deze poli verzorgt de nazorg. Deze nazorg kan zowel op praktisch als psychisch gebied zijn. Zo kan de jongere hulp krijgen bij het zoeken van een woon- of werkplek. Tevens kan hij psychisch ondersteund worden in deze overgangsfase tot zelfstandigheid.

Afdeling 'de Rietschans' wil in 2011 een nieuw zorgpad, 'Acute zorg' genaamd, op gaan nemen in het bestaande behandelaanbod. Tegelijkertijd wordt het huidige behandelaanbod geëvalueerd. Dit leidt logischerwijs tot ontwikkelingen binnen dit aanbod. Die ontwikkelingen worden in deze paragraaf beschreven. Dit om een optimale aansluiting tussen het zorgpad 'Acute zorg' en de andere zorgpaden te verwezenlijken. Bij evaluatie van afdeling 'de Rietschans' blijkt dat de zorgpaden 'Diagnostiek', 'Inzicht' en 'Structuur' goed functioneren. Zorgpad 'Motivatie' daarentegen wordt als zorgpad uit het behandelaanbod verwijderd. Die beslissing is gemaakt op basis van het gegeven dat het motiveren van de jongere niet gebonden is aan één zorgpad. Zorgpad 'Diagnostiek', 'Inzicht' en 'Structuur' blijven bestaan.

Het behandelaanbod van afdeling 'de Rietschans' wordt anders ingericht. Alle aanmeldingen voor kinder- en jeugdpsychiatrie komen binnen bij de bureaudienst. Deze maakt een schifting tussen de aanmeldingen. Aanmeldingen die mogelijk passen binnen het behandelaanbod van afdeling 'de Rietschans' worden uitgenodigd voor een intakegesprek. De jongere krijgt een intake met de behandelaar en de ouders krijgen een algemene intake met 'Hoofd Beheer Cluster Adolescenten'. Na de intake overlegt 'Hoofd Beheer Cluster Adolescenten' met de behandelaar van afdeling 'de Rietschans' in welk zorgpad de jongere past of dat hij doorverwezen moet worden naar een behandeling in de kliniek of elders. Na dit overleg wordt het advies aan de jongere en zijn wettelijke vertegenwoordiger(s) uitgebracht. Zij krijgen nog drie dagen bedenktijd. Vervolgens wordt de beslissing doorgegeven aan 'Hoofd Beheer Cluster Adolescenten', waarna de jongere opgenomen

wordt. Samengevat kan geconcludeerd worden dat de wijze van opname veranderd. Daarnaast ontstaat een zorgplein 'Intensieve individuele begeleiding', welke op oproepbasis ingeschakeld kan worden door zowel de bureaudienst als de zorgpaden. In bijlage 3, figuur 1 wordt dit schematisch weergegeven. Personen die in zorgplein 'Intensieve individuele begeleiding' krijgen echter ook eigen jongeren in behandeling. Dit betreft bijvoorbeeld de jongere die nog geen behandeling volgt, onverwachts naar huis wil of rustig wil starten met een behandeling. Hier wordt een plan voor gemaakt door de begeleiding van het zorgplein 'Intensieve individuele begeleiding'.

2.1.1 Zorgpad 'Diagnostiek'

Als niet helder is wat er met de jongere aan de hand is, wordt hij opgenomen in het zorgpad 'Diagnostiek'. Hier vindt observatie plaats. Het doel van observatie is het inventariseren van de klachten en het stellen van een diagnose. Hulpmiddelen voor het stellen van een diagnose zijn een huisbezoek van de Persoonlijk Begeleider (PB-er*), een gezinsdiagnostisch onderzoek door de systeemtherapeut en optioneel een psychologisch onderzoek of IQ-test.

In het zorgpad 'Diagnostiek' zijn er 2 personen binnen de behandeling belangrijk. Dit betreffen de PB-er en de behandelaar.

Iedere jongere krijgt een PB-er toegewezen. De taken van de PB-er binnen het zorgpad 'Diagnostiek' zijn:

- wekelijks een gesprek voeren met de jongere;
- regelen van praktische zaken in het belang van de jongere. Het opstellen van een dagprogramma of een behandelplan vallen hieronder. Ook het huisbezoek, contact met de wettelijke vertegenwoordiger(s) en de school zijn hierbij inbegrepen.

Ook krijgt de jongere een behandelaar toegewezen. De taken van de behandelaar binnen zorgpad 'Diagnostiek' zijn:

- wekelijks een gesprek voeren met de jongere;
- inventariseren van de klachten en de problemen van de jongere. Dit betreft klachten die te maken hebben met de – nog te stellen – diagnose. Verder kunnen het ook klachten zijn over medicatie, therapie of behandeling.

<u>Evaluatieproces</u>

De diagnostiekfase duurt 6 weken en wordt afgerond door middel van een behandelplanbespreking. Indien er nog onderzoeksvragen vanuit het team zijn, beslaat de diagnostiekfase 8 weken. De jongere en zijn wettelijke vertegenwoordiger(s) vullen een evaluatieformulier in. Op deze wijze wordt de mening van de jongere meegenomen in het advies over vervolgbehandeling. Dit advies brengt het behandelteam uit. De jongere blijft nog een tijdje in zorgpad 'Diagnostiek', gaat naar een ander zorgpad binnen 'de Rietschans' of wordt doorverwezen voor een behandeling elders. Na dit gesprek maken de jongere en zijn PB-er een plan om de overgang goed te laten verlopen.

<u>Modules</u>

De jongere in het zorgpad 'Diagnostiek' heeft een persoonlijke daginvulling wat betreft school, stage/dagbesteding, geplande individuele gesprekken en individuele activiteiten. Het zorgpad 'Diagnostiek' heeft echter ook een aantal vastgestelde modules. Dit zijn de dagopening, individuele gesprekken, Creatief Therapie Beeldend (KTB*), muziekagogie, Psychomotorische Therapie (PMT*), samenwerkingsactiviteit, school/stage/dagbesteding, sport en themagroepen.

2.1.2 Zorgpad 'Inzicht'

In dit zorgpad wordt – uitzonderingen daargelaten – uitsluitend gebruik gemaakt van groepstherapie. De jongere krijgt door middel van groepstherapie inzicht in zijn gedrag, achterliggende motieven en het gedrag van de ander. Deze bijeenkomsten kunnen uiteindelijk

bijdragen aan acceptatie, verwerking en het leren omgaan met hun psychiatrische beperking. Verder leert de jongere om op andere manieren met een (stress)situatie om te gaan.

In zorgpad 'Inzicht' is de jongere zelfsturend. Therapeuten zijn op verschillende manieren aanwezig: actief, afwachtend of zwijgend. De jongere en de groep bepalen de behandeling. Het motto van dit zorgpad is dan ook: "*Waarom denk ik wat ik voel, doe ik wat ik denk en voel ik wat ik voel?"* (De Rietschans, Zorgpad Inzicht, n.d.). Om dit zorgpad te volgen moet de jongere wel aan een aantal voorwaarden voldoen. Er wordt aanwezigheid, openheid en eerlijkheid van de jongere verwacht. Ook moet de jongere bereid zijn om gedrag – dat de therapie negatief beïnvloedt – te veranderen. Zo mag de jongere geen alcohol of drugs gebruiken.

Evaluatieproces
Van dit zorgpad kan de jongere 9 tot maximaal 12 maanden gebruik maken. Het proces van (tussentijdse) evaluatie vindt als volgt plaats:

1. De jongere evalueert – in de week vóór de behandelplanbespreking – zijn doelen in de groep.
2. Na bespreking van de doelen in de module 'Doelengroep' is er een voorbespreking van het behandelplan. De jongere, de groep en het behandelteam evalueren gezamenlijk het leerproces en formuleren – indien nodig – nieuwe doelen.
3. Bij de behandelplanbespreking verteld de jongere aan zijn wettelijke vertegenwoordiger(s) wat de nieuwe doelen zijn. Hierbij zijn ook de PB-er en de behandelaar aanwezig. Een dergelijke bespreking vindt één keer in de 8 weken plaats.

Binnen het zorgpad 'Inzicht' bestaat ook een overleg met de jongere en de staf, ook wel Jongeren Staf Overleg (JSO*) genoemd. Hier wordt de groep (en niet de individuele jongere) besproken. Dit vindt één keer in de 6 weken plaats.

Modules
De jongere heeft nauwelijks individuele gesprekken. Het therapieprogramma is voor alle jongeren gelijk, omdat zorgpad 'Inzicht' op groepstherapie is gericht. De volgende modules zijn mogelijk: cognitieve gedragstherapie, KTB, dagopening, doelengroep, groepspsychotherapie, huishoudelijke vaardigheidstraining, individuele gesprekken, PMT, psycho-educatie, school/stage/dagbesteding, Sociale Vaardigheidstraining (SOVA), sport, systeembegeleiding, themagroepen en zingeving.

2.1.3 Zorgpad 'Motivatie'
Zorgpad 'Motivatie' is bedoeld voor de jongere die geen behandeling wil of kan aangaan of daarover twijfelt. Dit zorgpad draait om het motiveren van de jongere om deel te nemen aan diagnostiek en behandeling. Motivatie vindt voornamelijk plaats door individuele of groepsgesprekken.

Het zorgpad 'Motivatie' is ook bedoeld voor de jongere die tijdens de behandeling (in een ander zorgpad) gaat twijfelen of niet mee kan komen.

Evaluatieproces
Van dit zorgpad kan de jongere gemiddeld 6 maanden gebruik maken. In die tijd heeft de PB-er wekelijks contact met de jongere. Er wordt dan besproken wat de jongere nog wil leren en hoe hij het verloop van zijn behandeling ziet.

Modules
Het dagprogramma binnen zorgpad 'Motivatie' is van 08:45 tot 15:00 uur, omdat een volledige dag mogelijk te intensief is. Naarmate de tijd vordert wordt het dagprogramma van de jongere meer gestructureerd, zodat hij door kan stromen naar een ander zorgpad.

Binnen zorgpad 'Motivatie' wordt er individueel gewerkt. De jongere heeft zijn eigen programma en voornamelijk individuele contacten. Bestaande modules binnen dit zorgpad zijn: dagopening, individuele gesprekken, muziekagogie, school/stage/dagbesteding en sport.

Zoals gezegd wordt dit zorgpad vervangen door het zorgpad 'Intensieve individuele begeleiding'.

2.1.4 Zorgpad 'Structuur'

Binnen het zorgpad 'Structuur' wordt er vooral individueel gewerkt en leert de jongere welke sterke en minder sterke kanten hij heeft. De jongere leert in dit zorgpad met de problemen om te gaan. Met behulp van de PB-er worden persoonlijke doelen opgesteld. Doelen zijn gericht op het zelfstandig functioneren van de jongere.

Iedere jongere krijgt een PB-er toegewezen. De taken van de PB-er zijn gelijk aan de taken in paragraaf 2.2.1 Zorgpad 'Diagnostiek' (pp. 13). De jongere bespreekt samen met de PB-er het leerproces aan de hand van de leerdoelen.

Evaluatieproces

Van dit zorgpad kan de jongere gemiddeld 12 maanden gebruik maken. Ongeveer 8 weken na opname wordt tijdens de behandelplanbespreking het leerproces geëvalueerd met de behandelaar, PB-er, wettelijke vertegenwoordiger(s) en de jongere zelf. Dit gebeurd aan de hand van een vooraf in te vullen evaluatieformulier. Na dit gesprek zijn de behandelplanbesprekingen rond de 3 à 4 maanden ingepland.

Modules

Er zijn meerdere modules te volgen binnen zorgpad 'Structuur'. Of de therapieën individueel of groepsgericht gegeven worden, is afhankelijk van de doelen van de jongere. De volgende modules zijn mogelijk: Agressie Regulatie Training (ART*), angstgroep, cognitieve gedragstherapie, creatief, dagopening, dagstructuurgroep, huishoudelijke vaardigheidstraining, individuele gesprekken, KTB, obesitasgroep, planningsvaardigheden, PMT, psycho-educatie, school/stage/dagbesteding, SOVA, sport, systeembegeleiding en themagroepen.

2.2 Beschrijving modules

Het aanbod van modules binnen de zorgpaden 'Diagnostiek', 'Inzicht', 'Motivatie' en 'Structuur' is - zoals in 2.1 tot 2.4 beschreven – gevarieerd. In voorgaande paragraven zijn de modules benoemd. In deze paragraaf worden deze modules uitgelegd.

ART

De jongere leert op een constructieve manier met zijn boosheid om te gaan.

Angstgroep

Dit is een training waarin de jongere meer inzicht en grip op zijn angst krijgt. De jongere leert een strategie om anders met stressvolle situaties om te gaan.

Cognitieve gedragstherapie

Cognitieve gedragstherapie gaat ervan uit dat gedachten, de gevoelens en het gedrag van de mens beïnvloeden. Negatieve gedachten kunnen psychische problemen of psychiatrische problematiek versterken. De therapeut gaat met de jongere in gesprek en toetst in hoeverre zijn gedachten reëel zijn. Het doel van deze therapie is het omzetten van irreële gedachten in reële gedachten om zodoende tot gedragsverandering te komen (Bögels e.a., 1999).

Creatief
In deze module staat het ter ontspanning bezig zijn met drama, dans, muziek of beeldende vorming centraal. Er zit veelal geen (behandel)doel achter.

Dagopening
In elk zorgpad is een dagopening gepland. In de dagopening wordt de vraag behandeld: 'Hoe gaat het met je?'. De invulling van de dagopening verschilt per zorgpad:

- 'Diagnostiek': programma van de dag doorspreken.
- 'Inzicht': idem, tevens bespreekt de jongere of hij ergens begeleiding bij nodig heeft en/of hij een individueel gesprek wil.
- 'Motivatie': ontspannen begin van de dag.
- 'Structuur': programma van de dag doorspreken.

Dagstructuurgroep
In deze groep draait het vooral om het aanleren van planningsvaardigheden. Die vaardigheden worden uitgewerkt bij 'Planningsvaardigheden'.

Doelengroep
De jongere evalueert – in de week vóór zijn behandelplanbespreking – zijn doelen in de groep. Als er geen behandelplanbespreking staat gepland, is dit groepsmoment de gelegenheid om hulp te vragen of de (de voortgang van) de leerdoelen te bespreken.

Groepspsychotherapie
In deze therapie spreekt de groep samen met een orthopedagoog of psychiater over de psychiatrische beperking. Het doel is om meer inzicht te verkrijgen in het psychiatrische probleem. Vragen als: 'Hoe kan ik ermee omgaan?' en 'Wat betekent dit voor mijn leven?' in relatie tot de groep staan centraal. Dit is een verschil met psycho-educatie, waarin de groep minder centraal staat.

Huishoudelijke vaardigheidstraining
Trainen van huishoudelijke vaardigheden van de jongere om de groei naar zelfstandigheid te bevorderen.

Individuele gesprekken
Dit zijn gesprekken met de jongere en een behandelaar, begeleider of PB-er. Een gesprek met de PB-er wordt ook wel persoonlijke begeleiding genoemd.

KTB
Bij KTB wordt – in tegenstelling tot de module creatief – aan (behandel)doelen gewerkt. De jongere leert bijvoorbeeld om vanuit een ander perspectief naar zichzelf te kijken, gevoelens en ervaringen te verwoorden of effectiever gedrag te oefenen door middel van bijvoorbeeld drama, dans of beeldend.

Muziekagogie
Door middel van muziekagogie wordt er aan de (behandel)doelen van de jongere gewerkt. De voorbeelden van leerpunten bij module KTB komen overeen met leerpunten binnen muziekagogie.

Obesitasgroep
Doel van deze module is het ontwikkelen van een gezonde levensstijl. Gezonde eetgewoonten, voldoende bewegen en omgaan met moeilijke momenten staan dan ook centraal. Dit helpt de jongere om grip op zijn gewicht te hebben.

Planningsvaardigheden
Deze module draait om het aanleren van planningsvaardigheden. Dit betreft: dag- en weekschema invullen, huiswerk inplannen, evalueren van deze vaardigheden en elkaar hierop feedback geven.

PMT
PMT is een therapie die gericht is op bewegen. Evenals bij KTB, wordt er in deze therapie aan (behandel)doelen gewerkt. Al spelend komt de jongere meer over zichzelf te weten. Ook kunnen bij PMT vaardigheden worden geoefend.

Psycho-educatie
Psycho-educatie is in tegenstelling tot groepspsychotherapie gericht op de (problematiek van de) individuele jongere. Het belangrijkste doel van psycho-educatie is om de jongere greep op zijn eigen leven te laten creëren. Dit wordt ook wel zelfversterking of empowerment genoemd. Bij psycho-educatie leert de jongere – door kennisoverdracht – hoe hij met zijn psychische beperking om kan gaan. De toename van kennis vergroot zowel de vaardigheden als het zelfvertrouwen van de jongere (GGZ Noord-Holland-Noord, n.d.).

Samenwerkingsactiviteit
Tijdens de samenwerkingsactiviteit krijgt de jongere een opdracht waarin overleg en samenwerking centraal staat. Het doel is om de jongere te trainen in sociale vaardigheden, zoals het omgaan en rekening houden met de ander.

School/stage/dagbesteding
School: de jongere volgt voortgezet onderwijs van vmbo tot havo op de Mulock Houwerschool, expertisecentrum voor speciaal- en voortgezet onderwijs. Het onderwijs richt zich op het weer op gang brengen, bijhouden en uitbreiden van schoolvaardigheden. Onderwijs is een verplicht dagelijks onderdeel.

Stage: stage is gericht op leerervaringen met het oog op de toekomst. Zo doet de jongere die in de zorg wil werken, ervaring op binnen zorginstellingen. Bij stage vindt tevens evaluatie en beoordeling plaats.

Dagbesteding: om het dagprogramma te vullen kan er uit verschillende soorten dagbesteding gekozen worden. Zo kan de jongere naar Textiel Service Bedrijf, Postkamer, Centraal Magazijn, Omroep Sjouk (radio), Pet's Place (dierenwinkel), kwekerij of bloembinderij, dierenweide, manege of de schoonheidsalon.

SOVA
De jongere leert hier relationele vaardigheden om contacten aan te kunnen gaan en het onderhouden van contacten uit te breiden.

Sport
In deze module ligt de nadruk veelal op het – met verscheidene sporten – ontspannen bezig zijn.

Systeembegeleiding
De systeembegeleiding gaat er vanuit dat de mens pas daadwerkelijk begrepen kan worden in de context van zijn relaties (Bureau SPV, 2010). De systeemtherapeut die aan afdeling 'de Rietschans' verbonden is, onderzoekt de samenhang tussen de problemen van de jongere en de zijn omgeving. Er worden gesprekken met de jongere, wettelijke vertegenwoordiger(s) - en andere betrokkenen gevoerd.

Themagroepen
In deze groep denkt de jongere met zijn groepsgenoten na over thema's die in zijn leven belangrijk zijn. Voorbeelden van thema's zijn vriendschap of het gebruik van middelen. Het gesprek levert de jongere en de begeleiding nieuwe inzichten op.

Zingeving
Hier denkt de jongere met zijn groepsgenoten na over thema's die met zingeving te maken hebben. Het doel is dat de jongere zijn eigen visie omtrent zingevingsvragen vormt.

Samenvatting
Het behandelaanbod van afdeling 'de Rietschans' bestaat uit vier 4 zorgpaden: 'Diagnostiek', 'Inzicht', 'Motivatie' en 'Structuur'. Zorgpad 'Diagnostiek' is gericht op het stellen van een diagnose. Zorgpad 'Inzicht' vergroot de (zelf)kennis en de vaardigheden van de jongere. Zorgpad 'Motivatie' richt zich op het vergroten van de motivatie van de jongere. Zorgpad 'Structuur' is een gestructureerde behandeling en richt zich op het vergroten van de zelfstandigheid van de jongere. Afdeling 'de Rietschans' neemt in 2011 zorgpad 'Acute zorg' in het behandelaanbod op. Zorgpad 'Motivatie' wordt als zorgpad uit het behandelaanbod verwijderd. Hier komt zorgplein 'Intensieve individuele begeleiding' voor in de plaats. Verder wordt er een bureaudienst ingezet, die de aanmeldingen behandeld. De therapie in de zorgpaden wordt vormgegeven door modules die aangeboden worden binnen het zorgpad. De modules werken mee aan de verwezenlijking van de doelen van het zorgpad en de jongere zelf.

Na het beschrijven van het behandelaanbod van afdeling 'de Rietschans', wordt onderzocht wat het behandelaanbod is bij vergelijkbaar type instelling. Deze informatie kan ondersteunend zijn bij het vormgeven van de behandeling in zorgpad 'Acute zorg' en wordt beschreven in het volgende hoofdstuk: hoofdstuk 3.

Hoofdstuk 3: Vergelijkend onderzoek

Dit hoofdstuk richt zich op het verzamelen van bruikbare informatie – van vergelijkbaar type instelling – voor het vormgeven van zorgpad 'Acute zorg'. Tevens ontstaat een compleet overzicht waar (omstreeks begin 2011) crisisopname wordt geboden in de nabije omgeving van GGz Centraal, locatie Ermelo. In dit hoofdstuk wordt de deelvraag behandeld: 'Wat zijn de bestaande modules bij crisisopvang voor de jongere in vergelijkbaar type instelling?'. Om tot een beantwoording van deze deelvraag te komen, wordt onderzocht waaruit de crisisopname in de provincies Flevoland en Gelderland bestaat. De informatie van Flevoland staat in paragraaf 3.1. In 3.2 staat de informatie over Gelderland. Deze informatie schoot echter tekort om helpend te zijn in de vormgeving van het zorgpad 'Acute zorg'. Daarom is besloten om naast eerdergenoemde provincies ook elders te zoeken. Zowel 'Altrecht' als 'Karakter' – provincie Utrecht – stelden bruikbare informatie beschikbaar, welke beschreven wordt in paragraaf 3.3. Om deze informatie overzichtelijk weer te geven, is er een onderverdeling gemaakt. Achtereenvolgens worden – per instelling – de volgende punten behandeld: aanbod, opnameduur en therapie. Wanneer er niets achter genoemde punten staat, betekent het dat betreffende informatie niet beschikbaar was.

3.1 Flevoland

De keuze voor deze provincie is gemaakt op basis van het werkgebied van GGz Centraal. Er is onderzoek gedaan naar instellingen in de Geestelijke Gezondheidszorg (GGZ). In de provincie Flevoland zijn geen hoofdvestigingen, maar alleen nevenvestigingen van GGZ-instellingen gevestigd. Daarnaast heeft stichting 'In de Bres' een vestiging in Drachten (GGz Nederland, 2011), dit wordt in paragraaf 3.1.1 behandeld. Paragraaf 3.1.2 geeft de crisisopname binnen 'Kwintes' weer.

3.1.1 'In de Bres'

Aanbod: stichting 'In de Bres' biedt christelijke GGZ voor mensen met psychosociale en psychiatrische problemen. Deze stichting heeft een uitgebreid aanbod middels poliklinische behandeling. Dit houdt in dat er geen crisisopname plaatsvindt (In de Bres, n.d.).
Opnameduur: -
Therapie: -

3.1.2 'Kwintes'

Aanbod: 'Kwintes' biedt crisisopname vanaf 16 jaar. De crisisopvang is bedoeld voor de jongere die – om verschillende redenen – tijdelijk onderdak en begeleiding nodig heeft.
Opnameduur: -
Therapie: de jongere maakt met behulp van zijn PB-er een plan voor een passende vervolgplek en mogelijke hulpverlening (Kwintes, n.d.).

Samenvattend kan gezegd worden dat er in de provincie Flevoland geen crisisopname mogelijk is binnen een GGZ-instelling. Voor crisisopname moet naar een andere provincie uitgeweken worden. In de volgende paragraaf worden de mogelijkheden voor crisisopname in Gelderland beschreven.

3.2 Gelderland

De keuze om in Gelderland de crisisopname te analyseren, is evenals paragraaf 3.1 gebaseerd op het werkgebied van GGz Centraal. Binnen de provincie Gelderland is er een divers aanbod voor crisisopname voor de jongere. Achtereenvolgens worden in paragraaf 3.2.1 tot 3.2.4 de crisisopname bij 'Inzicht', 'GGNet', 'Propersona' en 'Iriszorg' beschreven.

3.2.1 'InZicht'

Aanbod: indicatie voor klinische opname bij 'InZicht', Centrum voor Orthopsychiatrie te Nijmegen komt het meest voor. Hierbij gaat het om een korte klinische en vrijwillige opname die leidt tot herstel van de instabiele situatie van de jongere en/of gezin. Dit kan wanneer:

- het stabiliseren van een (dreigende) crisissituatie genoodzaakt is;
- de jongere bij 'Inzicht' in zorg (geweest) is;
- als er een bed vrij is.

Er vinden ook opnames op onvrijwillige basis plaats. Deze opnames zijn alleen bedoeld voor de jongere met een maatregel. De jongere die elders verblijft met een al (langer) bestaande maatregel zoals een Rechterlijke Machtiging (RM) of Ondertoezichtstelling (OTS) kan opgenomen worden. De jongere met een acute maatregel Inbewaringstelling (IBS) wordt echter niet opgenomen. Een acute crisisopname vindt dus niet plaats.
Opnameduur: de opnameduur wordt meestal vooraf afgesproken en is maximaal 3 maanden.
Therapie: trainingen en therapie zijn gericht op bewustwording. Verder leert de jongere vaardigheden om anders met stresssituaties om te gaan. Ook is het stabiliseren en verbeteren van mogelijk aanwezige psychiatrische problematiek een essentieel onderdeel van de behandeling. Alle poliklinische individueel gerichte modules (ART, diagnostiek, medicatie, et cetera) kunnen ook worden aangeboden aan klinisch opgenomen jongeren (InZicht centrum voor orthopsychiatrie, n.d.).

3.2.2 'GGNet'

Aanbod: Bij 'GGNet' is er een kliniek die zich richt op kortdurende opname van de jongere in de leeftijd van 14 tot 23 jaar. Het is een algemene opnamekliniek. Dit betekent dat de jongere met klachten en/of diagnoses van allerlei aard opgenomen kan worden. De gemiddelde wachttijd bedraagt 1 tot 2 weken. Er wordt gestreefd naar continue beschikbaarheid voor spoedplaatsingen. Voorafgaand aan een opname vindt een intake plaats. Bij spoed is dat wenselijk, maar in het algemeen niet haalbaar.
Opnameduur: spoedopname betreft 1 tot 2 weken. Een time-out-opname betreft 2 tot 4 weken.
Therapie: de behandeling van de jongere bestaat uit het volgen van een dagprogramma. Een dagprogramma biedt structuur (opstaan, maaltijden) en duidelijkheid (corvee). De jongere stemt de afspraken met behandelaren af. Er is zowel individuele begeleiding als groepsbegeleiding. Het volgen van school, sociale contacten buiten de afdeling en trainingen voor bijvoorbeeld sport of muziek kunnen in overleg plaatsvinden. In het weekend is er geen dagprogramma. De jongere wordt gestimuleerd om het weekend buiten de kliniek door te brengen (GGNet, n.d.).

3.2.3 'ProPersona'

Aanbod: 'ProPersona' biedt hulp in crisissituaties. Bij zeer ernstige of acute problemen kan de huisarts of de politie de hulp van de Regionale Crisisdienst van 'GGz Nijmegen' inroepen. Doel is om de crisis in bedwang te houden. Bij zeer ernstige of acute problemen kan een onvrijwillige opname noodzakelijk zijn. De huisarts en de 'Regionale Crisisdienst' beoordelen deze situatie.
Opnameduur: -
Therapie: de behandelmethode bestaat uit gesprekken (individueel, met de partner of in een groep), medicijnen, therapie, activiteitenprogramma en/of opname. In veel gevallen is verbetering mogelijk. Ook helpt 'ProPersona' bij het leren omgaan met en het aanvaarden van de problematiek (GGz Nijmegen, n.d.).

3.2.4 'IrisZorg'

Aanbod: om voor de hulp van 'Iriszorg' in aanmerking te komen, is er een verwijzing van de huisarts nodig. De 'Kliniek Verslavingszorg' is een klinische opvang voor personen in de verslavingszorg die chronische verslavingsproblemen hebben of in acute crisis verkeren en waarvoor het ambulante aanbod niet voldoet. Wanneer er tijdens kantooruren een verslavings- of psychiatrische crisis ontstaat en de betrokkene is in zorg bij 'IrisZorg', moet er contact opgenomen worden met de behandelaar. Als er buiten kantooruren een crisis ontstaat door psychische of psychiatrische problemen dient er contact opgenomen te worden met de dienstdoende huisarts. Indien nodig zal de huisarts de crisisdienst van de GGZ inschakelen voor verdere hulp.

Opnameduur: de opnameduur voor het gefaseerde programma kan variëren en is afgestemd op de persoon in kwestie (IrisZorg, 2010).
Therapie: -

3.3 Overige

Omdat het bovenstaande minimale informatie aanlevert voor het vormgeven van het zorgpad 'Acute zorg' is er ook kleinschalig onderzoek gedaan naar het aanbod van crisisopname buiten behandelde provincies, voornamelijk Utrecht. Paragraaf 3.3.1 omschrijft de crisisopname bij 'Altrecht' en in 3.3.2 wordt de crisisopname bij 'Karakter' beschreven.

3.3.1 'Altrecht'

Aanbod: bij 'Altrecht' is crisisopname mogelijk. De afdeling 'Acute psychiatrie Utrecht' biedt hulp aan mensen met ernstige (acute) psychiatrische problemen, waarbij er sprake is van gevaar voor de cliënt of omgeving. De opname-units richten zich met name op kortdurende behandeling.
Opnameduur: -
Therapie: de behandeling bestaat uit diagnostiek, crisisinterventie, herstel en stabilisatie van het psychisch evenwicht en – waar mogelijk – resocialisatie. De hulpverlening richt zich op spoedig herstel en bekrachtiging van de gezonde kanten van de cliënt, waarbij een zo groot mogelijke autonomie van de cliënt nagestreefd wordt. Er wordt doelgericht en evidence based gewerkt. Veiligheid, bescherming en structuur zijn erg belangrijk.

Unit A is een gesloten acute opnameafdeling voor de cliënt van 18 tot 60 jaar met uiteenlopende psychiatrische problemen. De meesten worden opgenomen via de crisisdienst of ambulante afdelingen. De cliënt wordt met een juridische maatregel (RM of IBS) of vrijwillig opgenomen. Belangrijke kerntaken van Unit A zijn crisisinterventie en kortdurende behandeling. De cliënt wordt zo kort mogelijk opgenomen.

In Unit A zijn er tijdens de opname individuele gesprekken met een behandelaar en een verpleegkundige. Van maandag tot en met vrijdag is er op vaste tijdstippen activiteitenbegeleiding aanwezig. Zij begeleiden onder andere activiteiten met betrekking tot creatieve werkzaamheden, koken en vele anderen andere activiteiten die door 'Altrecht Talent' verzorgd worden. De cliënt kan onder begeleiding van een psychomotore therapeut sporten en hulp krijgen van een maatschappelijk werker bij financiën of huisvesting (Unit A, n.d. en Altrecht Geestelijke Gezondheidszorg, n.d.).

3.3.2 'Karakter'

'Karakter' participeert wel in Gelderland, maar niet wat betreft crisisopname (Kinder- en jeugdpsychiatrie Karakter, 2011). Vandaar de keuze om 'Karakter' onder 'Overige' te scharen.

Aanbod: 'Karakter' bezit een afdeling voor acute opname en tijdelijke behandeling in zowel vrijwillig als onvrijwillig kader. Op de crisisafdeling wordt de jongere die acuut ernstige psychiatrische problemen heeft, opgenomen. De jongere is vaak een gevaar voor zichzelf of de omgeving. Opvang en behandeling in een veilige omgeving is noodzakelijk. De crisisafdeling is een gesloten afdeling.
Opnameduur: de opname is voor een periode van een paar dagen tot een paar maanden. Dit is afhankelijk van de problemen van de jongere en de te bereiken doelen op de crisisafdeling. Tijdens de opname op de crisisafdeling kijkt 'Karakter' waar verdere behandeling mogelijk is.
Therapie: de behandeling op de crisisafdeling is over het algemeen ingedeeld in verschillende fasen. Die fasen zijn gericht op rust. Wanneer de rust aanwezig is, krijgt de jongere meer vrijheid en verantwoordelijkheid. Afhankelijk van de problemen van de jongere kan een fase korter of langer duren. In sommige gevallen wordt een fase overgeslagen.

De eerste fase op de crisisafdeling laat de jongere wennen aan structuur en regelmaat. Regelmatig ('s nachts) slapen, eten en douchen horen daarbij. De jongere blijft voornamelijk op de eigen kamer. De kamer gaat alleen onder begeleiding van slot af. Er zijn zeer strakke regels, nog weinig activiteiten en de jongere mag nog niet naar huis in het weekend. In deze fase is de begeleiding vooral bezig met het observeren van de jongere. Doel van de observaties is om op korte termijn een behandeling te starten. Wanneer behandeling direct nodig en duidelijk is, wordt de behandeling gelijk gestart. Deze fase duurt meestal 1 tot 3 weken.

Langzamerhand krijgt de jongere wat meer vrijheid en andere activiteiten. Intussen is de jongere in de tweede fase aangekomen. Zodra de jongere het aankan, krijgt hij een kamer die niet meer op slot gaat. Ook kan de jongere van de kamer om lessen op school of therapie te volgen. Ook doet de jongere mee aan groepsactiviteiten. Verder kan hij onder begeleiding naar buiten. De begeleiding kijkt wat de jongere aankan en probeert zijn verantwoordelijkheden uit te breiden. De jongere mag ook in het weekend naar huis. Deze fase duurt ongeveer 6 weken.

In de derde fase krijgt de jongere steeds meer vrijheid en verantwoordelijkheid. Voorbeelden zijn het zorgen voor de eigen spullen en het schoonhouden van de eigen kamer. Nu mag de jongere ook – in overleg – van het terrein af. De jongere wordt voorbereid op zijn vertrek door aandacht te besteden aan de vervolgbehandeling. Deze fase duurt ongeveer 2 weken.

Om een goede behandeling te bieden, staat de eerste tijd op de crisisafdeling in het teken van observatie en onderzoek: lichamelijk, psychiatrisch of psychologisch onderzoek. Indien nodig kan er aanvullend onderzoek plaatsvinden. Dit gaat om een gezins-, school- en/of observatieonderzoek. Deze onderzoeken worden vervolgens besproken in een multidisciplinair team, waarna het behandelplan opgesteld wordt.

Zodra het kan, begint de jongere aan therapie. Voorbeelden van therapieën:
- dramatherapie;
- spelbegeleiding;
- psychomotore therapie;
- logopedie;
- creatieve therapie.

School speelt een belangrijke rol in de behandeling. Zodra de situatie het toelaat, gaat de jongere naar een speciale schoolklas. Dan krijgt de jongere sneller weer zijn ritme te pakken (Kinder- en jeugdpsychiatrie Karakter, 2009).

Samenvatting

In Flevoland bieden 'In de Bres' en 'Kwintes' crisisopname aan. Gelderland heeft een uitgebreider aanbod qua crisisopname: 'Inzicht', 'GGNet', 'Propersona' en 'Iriszorg'. Desondanks is het aanbod van crisisopname voor de jongere van 12 tot 18 jaar in beide provincies gering. Dit laat zien dat het zorgpad 'Acute zorg' van GGz Centraal in een behoefte voorziet. Over het aanbod, de opnameduur en de therapie wordt weinig informatie beschikbaar gesteld. 'Altrecht' en 'Karakter' beschrijven dit uitgebreider. Die informatie wordt gebruikt bij het opstellen van zorgpad 'Acute zorg'.

Na het onderzoeken van het behandelaanbod van afdeling 'de Rietschans' en het behandelaanbod van vergelijkbaar type instelling, wordt in volgend hoofdstuk uiteengezet welke juridische kaders de basis vormen voor de behandeling in zorgpad 'Acute zorg'.

Hoofdstuk 4: Juridische kaders

De jongere in 'Acute zorg' kan zowel vrijwillig als onvrijwillig opgenomen worden. Dit hoofdstuk behandeld de deelvraag: 'Wat zijn de juridische kaders voor onvrijwillige opname binnen afdeling 'de Rietschans'?'. Het hoofdstuk bevat een weergave van de juridische kaders van zorgpad 'Acute zorg' en begint met paragraaf 4.1, waar een algemene beschrijving van de handelingsbevoegdheid van de jongere en de wettelijke vertegenwoordiger(s) wordt beschreven. In paragraaf 4.2 wordt vervolgens stilgestaan bij de onvrijwillige opname via een RM of IBS en de bijbehorende procedure. De laatste paragraaf van dit hoofdstuk – paragraaf 4.3 – sluit af met een beschrijving van de rechten en plichten van zowel de instelling als de onvrijwillig opgenomen jongere. Als laatst wordt de hoeveelheid informatie in de samenvatting kort weergegeven.

4.1 Handelingsbevoegdheid

Handelingsbevoegdheid handelt over de zelfstandigheid van de jongere. Het is essentieel om dit te onderzoeken, aangezien afdeling `de Rietschans´ uitgaat van een zo hoog mogelijke zelfstandigheid van de jongere. De jongeren zijn onderverdeeld naar leeftijd in de volgende categorieën: 12 tot 16 jaar, 16 tot 18 jaar en 18 jaar en ouder, die ook in deze volgorde behandeld worden.

<u>12 tot <16 jaar</u>

De jongere is nog niet juridisch bekwaam om zelfstandig een behandelingsovereenkomst te sluiten. Hierin beslissen zowel de wettelijke vertegenwoordiger(s) als de jongere, waarbij de jongere doorgaans het laatste woord heeft. Zo hebben wettelijke vertegenwoordiger(s) omtrent het inzagerecht toestemming nodig van het kind, in dit geval de jongere (art. 7:450 lid 2, BW).

De jongere wordt geacht wilsbekwaam* te zijn. De jongere is dan in staat alle belangen redelijk tegen elkaar af te wegen. Echter, de jongere moet wel toestemming van wettelijke vertegenwoordiger(s) krijgen voor het genomen besluit. Dit wordt ook wel het systeem van dubbele toestemming* genoemd (art. 7:450 lid 2 BW). Door dit systeem kunnen problemen ontstaan als wettelijke vertegenwoordiger(s) en de jongere van mening verschillen. De jongere heeft hier een vrij bepalende rol in:

- indien een wilsbekwame jongere de behandeling – ook na weigering van wettelijke vertegenwoordiger(s) – de behandeling weloverwogen blijft wensen, wordt de zorg uitgevoerd. Voorbeelden hiervan zijn het uitvoeren van abortus, de pil voorschrijven of cosmetische chirurgie;
- indien een wilsbekwame 12 tot 16-jarige de zorg weigert en de wettelijke vertegenwoordiger(s) de zorg toestemmen, wordt de behandeling niet uitgevoerd.

Verder kan een behandeling ook tegen de wil van de wettelijke vertegenwoordiger(s) gestart worden, indien de verrichting noodzakelijk is om ernstig nadeel voor de minderjarige te voorkomen. Te denken valt aan behandeling tegen geslachtsziekte (art. 7: 465, lid 2, BW en art. 7:450, lid 2, BW).

<u>16 tot <18 jaar</u>

De jongere is niet alleen wilsbekwaam, maar ook handelingsbekwaam (Verheij, 2011). Een minderjarige vanaf 16 jaar is juridisch bekwaam tot het aangaan van een behandelingsovereenkomst (art. 7:447, BW). De jongere is ook verantwoordelijk voor de verrichtingen van rechtshandelingen die hieruit voortvloeien. Aan hem komen dezelfde rechten en plichten toe als van een meerderjarige. De ouders/voogd* hebben geen rechten (Verhage-van Kooten, 2010). Wel blijft het ouderlijk gezag.

De jongere kan in een aantal situaties zelfstandig optreden. In bestuursrechtelijke procedures is een minderjarige jongere in staat zelfstandig op te treden, indien hij tot een redelijke waardering van zijn belangen* in staat is (art. 8:21, lid 2, Awb). Alhoewel een 16 of 17-jarige nog niet volwassen is, kan hij

op het terrein van het gezondheidsrecht in beginsel zelfstandig optreden (Verhage-van Kooten, 2010).

Een minderjarige kan – in tegenstelling tot een meerderjarige – niet in rechte optreden. Dat houdt in dat een minderjarige geen civiel geding kan aanspannen of daarin verweer kan voeren. Hier heeft hij toestemming voor nodig of hij moet zich laten vertegenwoordigen door zijn wettelijke vertegenwoordiger(s) (Verhage-van Kooten, 2010). Ook in het privaatrecht mag de jongere niet zelfstandig optreden.

<u>>18</u>
Zowel in privaat-, publiek- als strafrecht wordt de jongere in staat geacht zelfstandig zijn belangen te kunnen behartigen. Er wordt – ondanks de meerderjarigheid – altijd onderzoek gedaan naar de wilsbekwaamheid van de jongere. Als wilsonbekwaamheid wordt vastgesteld, moet de hulpverlener overeenstemming bereiken met de wettelijke vertegenwoordiger(s) van de jongere (Verhage-van Kooten, 2010).

Bij de begripsbepalingen in de Wjz staat het begrip jongere onder andere als volgt uitgelegd: "*(...) de meerderjarigheidsleeftijd doch niet de leeftijd van drieëntwintig jaren heeft bereikt, en voor wie voortzetting van jeugdzorg, die was aangevangen of waarvan de aanvraag, bedoeld in artikel 7, eerste lid, was ingediend vóór het bereiken van de meerderjarigheidsleeftijd [...]*" (art. 1a, Wjz). Dat betekent dat de jongere tot 23 jaar nog onder de Wjz valt, als voor hem op het tijdstip waarop hij meerderjarig werd een machtiging gold (art. 29a, lid 1, Wjz). De jongere die bij aanvraag van een RM of een IBS 18 jaar en ouder is, valt niet meer onder jeugdzorg.

4.2 Onvrijwillige opname
De jongere in zorgpad 'Acute zorg' wordt veelal onvrijwillig of gedwongen opgenomen. De rechtspositie van de onvrijwillig opgenomen jongere wordt gewaarborgd in de WGBO, Wet BOPZ en de Wjz. De onvrijwillige opname komt op verschillende manieren tot stand. De RM wordt gebruikt wanneer een gedwongen opname nodig is, maar er geen sprake is van een acute crisissituatie. Dit wordt beschreven in 4.2.1. Voor meer nijpende kwesties bestaat de spoedprocedure van een IBS, welke beschreven staat in 4.2.2.

Voor onvrijwillige opname is het noodzakelijk dat BJZ een indicatiebesluit neemt. Dit indicatiebesluit betreft het verblijf in een instelling van een jeugdzorgaanbieder. BJZ dient daarnaast te verklaren dat de jongere vanwege ernstige opgroei- of opvoedingsproblemen naar de volwassenheid, gesloten jeugdzorg* nodig heeft (art. 29b, lid 3, Wjz). Een gedragswetenschapper moet instemmen met deze verklaring. Deze moet toetsen of de gesloten jeugdzorg inderdaad noodzakelijk is. De gedragswetenschapper moet de jongere daartoe kort voor het verzoek onderzoeken (Rijksoverheid, 2008).

Een verzoek tot een machtiging gesloten jeugdzorg wordt ingediend door BJZ in de provincie waar de jongere verblijft. Wanneer er sprake is van een OTS of indien deze aangevraagd wordt, dient BJZ het verzoek in bij de provincie waar de jongere woonachtig is. In een uitzonderingsgeval kan de Raad van de Kinderbescherming (RvdK) een verzoek om een machtiging indienen wanneer BJZ geen indicatiebesluit afgeeft. Om de jongere op te nemen in een accommodatie voor gesloten jeugdzorg, geldt dat er altijd een machtiging tot gesloten jeugdzorg van de kinderrechter vereist is. Het vasthouden zonder machtiging is niet toegestaan (art. 282 en 283 WvSr) (Rijksoverheid, 2008).

4.2.1 RM

RM is officieel een verzamelnaam voor verschillende machtigingen waarmee de jongere gedwongen wordt tot opname of behandeling (art. 29b, lid 1, Wjz). Als de RM voor het eerst wordt afgegeven, wordt dit een voorlopige machtiging genoemd (StimulanSZ, 2010). De voorlopige machtiging vervalt wanneer er een besluit is genomen over een machtigingsverzoek. Komt dat besluit er niet dan vervalt zij na vier weken (Rijksoverheid, 2008). Indicatievereisten voor een opname zijn dat de jongere – ten gevolge van een geestesstoornis* – een gevaar voor zichzelf, voor anderen of de algemene veiligheid van personen of goederen oplevert (art. 1, Wet BOPZ). Dit gevaar moet bovendien zodanig van aard zijn, dat het niet afgewend kan worden met ambulante of residentiële hulp.

De RM komt als volgt tot stand:

1. Bloedverwanten tot en met de tweede graad (opa, oma, ouders, meerderjarige broers en zussen), curator, voogd, behandelaar bij een IBS en de Inspectie van Gezondheidszorg (IGZ) zijn bevoegd om een verzoek te richten aan de Officier van Justitie (OvJ) ter verkrijging van een RM (art. 2-4, Wet BOPZ). Hier moet een recente geneeskundige verklaring van een onafhankelijke psychiater van een instelling met BOPZ-erkenning bijgevoegd worden (art. 6, Wet BOPZ).
2. De OvJ beslist of hij het verzoek voorlegt aan de rechtbank (art. 6, Wet BOPZ).
3. De kinderrechter hoort voordat hij een beslissing neemt de betrokkene, raadpleegt deskundigen en laat zich door de naasten van de jongere voorlichten (art. 29f, lid 1, Wjz). De raadsman die de jongere heeft toegewezen gekregen en de jongere zelf, worden in de gelegenheid gesteld te reageren op de informatie van bovengenoemde personen (art. 7-10, Wet BOPZ).
4. Vervolgens besluit de kinderrechter de RM af te geven of niet. Indien de RM wordt afgegeven, moet dit besluit binnen 2 weken uitgevoerd worden. De jongere, wettelijke vertegenwoordiger(s), degene die de jongere verzorgt en opvoedt, de instelling die het verzoek heeft gedaan en de RvdK ontvangen hier een afschrift van (art. 29g, Wjz).
5. Bij opname in de instelling, stuurt de instelling zo spoedig mogelijk bericht van de opneming aan de griffier van de rechtbank en de OvJ (art. 11, Wet BOPZ). Tevens worden de wettelijke vertegenwoordiger(s) zo spoedig mogelijk op de hoogte gesteld (art. 29i, Wjz).

Binnen de RM bestaan differentiaties. Zo bestaat ook de Voorwaardelijke Machtiging (VM). De jongere die in aanmerking komt voor onvrijwillige opname, kiest voor een behandeling buiten de instelling. Pas als hij zich niet (meer) aan de voorschriften van de behandeling houdt, wordt hij gedwongen opgenomen (art. 17-19, Wet BOPZ).

Een andere vorm binnen de RM is de Machtiging Voorgezet Verblijf (MVV). Dit is een verzoek tot het voortzetten van het gedwongen verblijf van de jongere. Dit verzoek dient 5 tot 6 weken voor het einde van de termijn aangevraagd te worden. Tevens moet het behandelingsplan en de uitvoering ervan uitgebreid overlegd worden (Verhage-van Kooten, 2010).

De kinderrechter bepaalt de geldigheidsduur van de machtiging (art. 29h, lid 2, Wjz). De termijn gaat in op het tijdstip dat de RM is afgegeven (art. 29a, lid 5, Wjz). Vaak wordt de termijn, zoals in de Wet BOPZ weergegeven, gehanteerd. De periodes zijn als volgt:

- een RM betreft een periode van ten hoogste een half jaar;
- een VM heeft een geldigheidsduur van maximaal een half jaar;
- een MVV geldt maximaal één tot twee jaar;
- een RM op eigen verzoek heeft een geldigheidsduur van minimaal een half jaar tot maximaal een jaar. Een verlenging van de RM op eigen verzoek is niet mogelijk. De jongere kan er dan voor kiezen om vrijwillig opgenomen te worden (Rijksoverheid, 2010).

Bij het vervallen van de machtiging of bij het besluit dat er geen nieuw verzoek wordt ingediend, moet de instelling de RvdK hiervan op de hoogte stellen (art. 29h, lid 7, Wjz).

12 tot <16 jaar
Een machtiging voor de jongere die nog geen 18 jaar oud is, wordt alleen verleend als de jongere onder toezicht is gesteld (OTS), de jongere onder voogdij staat of als de wettelijke vertegenwoordiger(s) van de jongere instemmen met het gedwongen verblijf (art. 29b, lid 2, Wjz). Indien na plaatsing de toestemming weer wordt ingetrokken, blijft de machtiging nog 14 dagen gelden. Zo kan – indien nodig – een justitiële jeugdhulpverleningsmaatregel verzocht worden (art. 29b, lid 8, Wjz).

16 tot <18 jaar
Art. 29b, lid 2 en 8 van de Wet op Jeugdzorg – zoals hierboven beschreven – geldt ook voor de jongere in de leeftijdscategorie van 16 tot 18 jaar.

Een toevoeging op bovenstaande tekst in deze categorie is de RM op eigen verzoek. De jongere vanaf 16 jaar die tot een redelijke waardering van zijn belangen in staat is, kan een RM op eigen verzoek aanvragen (art. 32, lid 4, Wet BOPZ). Een RM op eigen verzoek kan bij een minderjarige ook door zijn wettelijke vertegenwoordiger(s) ingediend worden. Voorwaarde is wel dat de jongere hier zelf mee instemt (art. 32, lid 5, Wet BOPZ). Dit verzoek wordt schriftelijk bij de OvJ ingediend (art. 33, lid 1, Wet BOPZ). Het verzoek moet voorzien zijn van een verklaring van een psychiater en een opgesteld behandelingsplan (art. 33, lid3a, Wet BOPZ). Zowel de verklaring als het behandelingsplan moeten 7 dagen voor indienen van het verzoek zijn opgesteld en ondertekend door de psychiater (art. 33, lid 4 en 5, Wet BOPZ). De rechter beslist zo spoedig mogelijk.

Sinds 2007 kan de jongere van 16 jaar en ouder met de psychiater een zelfbindingsverklaring* opstellen (art. 34a, lid 1, Wet BOPZ). Het is een speciale vorm van vrijwillige opname. Op deze manier kan dwangopname plaatsvinden, zonder dat aan het gevaarscriterium* is voldaan. In de zelfbindingsverklaring staat beschreven wanneer de jongere in een psychiatrische instelling opgenomen wil worden, voor welke behandeling hij toestemming geeft en hoelang die behandeling duurt. De Patiëntvertrouwenspersoon (PVP) verleent op verzoek van de jongere advies en bijstand (art. 34b, lid 2, Wet BOPZ). Een behandeling naar aanleiding van een zelfbindingsmachtiging* duurt maximaal 6 weken (art. 34b, lid 1, Wet BOPZ). Een onafhankelijke psychiater moet vervolgens nagaan of de jongere wilsbekwaam is en of hij door het verblijf en behandeling zodanig opknapt dat hij weer een eigen keuze over de behandeling kan maken (art. 34c, Wet BOPZ). De jongere, de contactpersoon en de IGZ krijgen een afschrift van deze verklaring (art. 34d, lid 2, Wet BOPZ). Deze verklaring is een jaar geldig en kan telkens voor een zelfde periode verlengd worden. De verklaring kan tussentijds worden gewijzigd of ingetrokken (art. 34^{e}, lid 1 en 2, Wet BOPZ). Op het moment dat de omschreven omstandigheden zich voordoen en de jongere geen toestemming voor opname geeft, kunnen de psychiater en de door de jongere daartoe aangewezen persoon een verzoek indienen bij de OvJ om een zelfbindingsmachtiging (art. 34g, Wet BOPZ). De OvJ dient dit verzoek vervolgens bij de rechter in (art. 34i, lid 1, Wet BOPZ). Dan adviseert een onafhankelijke psychiater de rechter over de vraag of de omschreven omstandigheden zich daadwerkelijk voordoen (art. 34h, lid 1, Wet BOPZ). Maximaal 5 dagen na indiening van het verzoek door de OvJ neemt de rechter een beslissing (art. 34k, lid 1, Wet BOPZ). De griffier zendt een afschrift van de beschikking naar de jongere, de raadsman van de jongere (PVP), de behandelaar, de door de jongere daartoe aangewezen persoon, de huisarts, de OvJ en de inspecteur (art. 34k, lid 2, Wet BOPZ). De zelfbindingsverklaring vervalt als een RM of IBS wordt aangevraagd (art. 34l, lid 4, Wet BOPZ). Als de jongere op grond van een zelfbindingsverklaring wordt opgenomen, valt dit onder de vrijwillige opname en gelden de rechten van de 'onvrijwillig opgenomen patiënt' zoals beschreven in hoofdstuk III van de Wet BOPZ niet (art. 34n, lid 1, Wet BOPZ).

>18 jaar
De aanvraag, procedure en beëindiging van de RM komen overeen met bovengenoemde informatie. De wilsbekwame jongere van 18 jaar en ouder heeft geen toestemming van wettelijke vertegenwoordiger(s) nodig, al is deze vaak wel gewenst. De jongere die niet wilsbekwaam is, heeft wel toestemming van wettelijke vertegenwoordiger(s) van node (Verhage-van Kooten, 2010).

De RM is – zoals gezegd – geen spoedprocedure; voor een acute noodsituatie bestaat de IBS.

4.2.2 IBS
Indien een persoon van 12 jaar en ouder in onmiddellijk gevaar is – veroorzaakt door een geestesstoornis – en de procedure van een RM niet kan worden afgewacht, wordt overgegaan tot het aanvragen van een IBS. Indicatievereiste is dat het gevaar niet op een andere manier kan worden afgewend (art. 20, Wet BOPZ). Zo wordt zonder toestemming van de jongere of zijn wettelijke vertegenwoordiger(s) in een acute situatie de behandeling gestart (art. 7:466, lid 1, BW).

De procedure voor het aanvragen van een IBS is als volgt:
1. De IBS kan door vrijwel iedereen aangevraagd worden bij de burgemeester. Een geneeskundige verklaring van een arts of psychiater is benodigd. Eerder kan de burgemeester geen toestemming geven (art. 21-23, Wet BOPZ).
2. De burgemeester geeft zijn toestemming of niet en informeert zo mogelijk de wettelijke vertegenwoordiger(s) en de naaste familie van de jongere (Ministerie van Volksgezondheid Welzijn en Sport, 2009). Binnen 24 uur moet de opname een feit zijn.
3. De IBS wordt doorgaans uitgevoerd door politieagenten en andere hulpverleners.
4. de OvJ beslist uiterlijk op de volgende werkdag, nadat hij de gegevens van de burgemeester heeft ontvangen of hij een machtiging tot voortzetting van de IBS bij de rechter zal vorderen.
5. De rechter stuurt het verzoek – 24 uur na tekenen van IBS toegewezen – door naar de advocaat van de jongere. Vaak is dit een BOPZ-advocaat (Verheij, 2011).
6. Vervolgens vindt een hoorzitting plaats waarin de jongere en andere directbetrokkenen worden gehoord. Na die hoorzitting beslist de rechter of een IBS wordt voortgezet of niet. De OvJ meldt aan de geneesheer-directeur van de psychiatrische instelling of de IBS wel of niet wordt doorgezet (Kragten, n.d.). De jongere en de instelling krijgen van de griffier een afschrift van de IBS en de geneeskundige verklaring (Ministerie van Volksgezondheid Welzijn en Sport, 2010).

Een belangrijk recht van de jongere is dat hij – direct na de opname – recht heeft op gesprek met de PVP. Deze persoon is onafhankelijk van de instelling en adviseert en verleent hulp bij de handhaving van de rechten van de jongere (art. 59, lid 2, Wet BOPZ). Ook stelt deze persoon structurele tekortkomingen in de instelling aan de orde (E-overheid, 2010). Dit wordt nader besproken in 'Patiëntenvertrouwenspersoon' (pp. 37).

Een IBS duurt 3 weken vanaf het moment dat de rechter heeft beslist dat de IBS noodzakelijk is. Tussen het moment van de gedwongen opname en de beslissing van de rechter tot voortzetting van de machtiging, kan nog een periode van een week liggen. In totaal kan de IBS 4 weken duren. In deze weken kan de RM-procedure gestart worden. De IBS blijft gelden tot de rechter een beslissing neemt over de RM (art. 27-31, Wet BOPZ). In zo'n geval kan de IBS maximaal 6 weken duren (Kragten, n.d.).

12 tot <16 jaar
De jongere tussen de 12 en 16 jaar kan een verzoek tot beëindiging van de IBS alleen indienen als er mede-instemming van de wettelijke vertegenwoordiger(s) aanwezig is.

16 tot <18 jaar
Voor het gezondheidsrecht is een minderjarige vanaf 16 jaar handelingsbevoegd (art. 7:447, lid 1, BW). Zo kan een minderjarige jongere vanaf 16 jaar de geneesheer-directeur van de instelling schriftelijk verzoeken de IBS te beëindigen, als deze van mening is dat er geen gevaar meer dreigt. De rechter zal de jongere dan opnieuw horen.

>18 jaar
De aanvraag, procedure en beëindiging van de IBS komen overeen met bovengenoemde informatie. De wilsbekwame jongere van 18 jaar en ouder heeft echter geen toestemming van wettelijke vertegenwoordiger(s) nodig, al is deze vaak wel gewenst. De jongere die niet wilsbekwaam is, heeft wel toestemming van wettelijke vertegenwoordigers van node (Verhage-van Kooten, 2010).

4.3 Rechten en plichten
De rechten en plichten van zowel de onvrijwillig opgenomen jongere (met een RM of een IBS) als de instelling zijn te vinden in de WGBO, Wet BOPZ en de Wjz. De rechten en plichten worden hieronder in alfabetische volgorde beschreven. Wanneer er bij een leeftijdscategorie niks vermeld staat, zijn hierop geen uitzonderingen van toepassing. Het is belangrijk dat afdeling 'de Rietschans' weet van deze rechten en plichten, zodat ze conform de wetgeving nageleefd kunnen worden. Achtereenvolgens worden in 4.3.1 tot 4.314 de acceptatieplicht, behandelovereenkomst, bijdrage kosten van de jeugdzorg, geheimhoudingsplicht, informatierecht, inzagerecht, klachtrecht, leerplicht, medezeggenschap, middelen en maatregelen, nazorg, patiëntendossier, PVP en verlof en ontslag beschreven. Overige rechten en plichten staan beschreven in 4.3.15 'Overig'.

4.3.1 Acceptatieplicht
De instelling moet een contract hebben met de provincie en wordt geacht de zorg te bieden waarop de cliënt aanspraak maakt volgens het door BJZ vastgestelde indicatiebesluit. Hoe een indicatiebesluit tot stand komt staat beschreven in paragraaf 5.1.2 'Verwijzing' (pp. 40-42).

De acceptatieplicht omvat de opnemingsplicht van de instelling:
1. Binnen 2 weken moet een RM uitgevoerd zijn. Indien een week na het afgeven van de RM nog niet is overgegaan tot opname, kan de OvJ – in overleg met de inspecteur – een instelling verplichten om de jongere op te nemen (art. 10, lid 2, Wet BOPZ).
2. Een jongere met een IBS moet 24 uur na afgifte opgenomen zijn in een psychiatrische instelling. Als dit niet gebeurd kan de burgemeester – in overleg met de inspecteur – één van de psychiatrische instellingen verplichten om de jongere op te nemen (art. 24, Wet BOPZ).

Wanneer de jongere aan een instelling wordt toegewezen, mag de zorg alleen geweigerd worden als die aantoonbaar niet binnen de aan hen verleende subsidie valt (StimulanSZ, 2010 en art. 19, Wjz). Dan kan de kinderrechter de instelling alsnog verplichten om de jongere met een RM of een IBS op te nemen.

De instelling moet BJZ informeren over hun aangeboden zorg en meewerken aan de evaluatie door BJZ.

12 tot <16 jaar
Zowel wettelijke vertegenwoordiger(s) als de jongere hebben inspraak in het vaststellen van het indicatiebesluit door BJZ (art. 6 en 7, Wjz). Dit indicatiebesluit biedt de jongere aanspraak op zorg.

16 tot <18 jaar
Geen aparte regeling.

>18 jaar
Geen aparte regeling.

4.3.2 Behandelingsplan

De jongere die een behandelingsovereenkomst tekent, is verplicht om de hulpverlener inlichtingen te verstrekken en de medewerking – die voor een goede behandeling verreist is – te verlenen (art. 7:454, BW).

Als de behandelingsovereenkomst tot stand is gekomen, betekent dit niet automatisch dat de jongere toestemming geeft voor elke verrichting die in het kader van de behandelingsovereenkomst volgens de hulpverlener plaats moet vinden. Voor niet-ingrijpende verrichtingen mag de toestemming van de persoon worden verondersteld (art. 7:466, BW). Deze veronderstelling kan door de persoon ontkracht worden. Een persoon kan gegeven toestemming altijd weer intrekken (Verhage-van Kooten, 2010).

Voor ingrijpende verrichtingen moet expliciet om toestemming worden gevraagd. Tevens is de hulpverlener verplicht – als de jongere dit vraagt – schriftelijk vast te leggen voor welke verrichtingen hij toestemming geeft (art. 7:451, BW). Dwang is niet toegestaan, tenzij er in het behandelingsplan anders staat beschreven. In het behandelingsplan wordt namelijk vastgelegd of er vrijheidsbeperkende maatregelen van toepassing zijn. Als dit zo blijkt te zijn, moet beschreven zijn welke middelen en maatregelen gebruikt worden. Zie voor nadere uitwerking van dit onderwerp paragraaf 4.3.10 'Middelen en maatregelen' (pp. 35).

12 tot <16 jaar
De jongere is nog niet juridisch bekwaam om zelfstandig een behandelingsovereenkomst te sluiten. Hierin beslissen zowel de wettelijke vertegenwoordiger(s) als de jongere, waarbij de jongere doorgaans het laatste woord heeft. Bij het opstellen en wijzigen van het behandelingsplan moet de jongere zelf betrokken zijn, tenzij er sprake is van een crisis en het overleg de belangen van de jongere schaadt. Is de jongere ouder dan 12 jaar, maar jonger dan 16 jaar, dan moeten zowel de jongere als de wettelijke vertegenwoordiger(s) instemmen (art. 7:450, lid 2, BW).

16 tot <18 jaar
Een minderjarige van 16 jaar is juridisch bekwaam tot het aangaan van een behandelingsovereenkomst (art. 7:447, BW). De jongere is ook verantwoordelijk voor de verrichtingen van rechtshandelingen die hieruit voortvloeien. Aan hem komen dezelfde rechten en plichten toe als van een meerderjarige. De wettelijke vertegenwoordiger(s) hebben geen rechten (Verhage-van Kooten, 2010).

>18 jaar
Een meerderjarige is bekwaam om geheel zelfstandig een behandelingsovereenkomst aan te gaan. Indien de meerderjarige wilsonbekwaam is, wordt de behandelingsovereenkomst afgesloten door de wettelijke vertegenwoordiger(s) van de meerderjarige. De WGBO geeft in rangorde aan wie als plaatsvervanger mag optreden (Verhage-van Kooten, 2010 en art. 6: 198-202, BW).

4.3.3 Bijdrage in kosten van jeugdzorg

Kosten van een opname korter dan een jaar (365 dagen), in een psychiatrische instelling, valt volledig onder de dekking van de zorgverzekering (art. 2.4, Bzv-Zvw). Duurt een opname langer dan 365 dagen, dan komen de kosten vanaf de 366^{e} dag ten laste van de AWBZ verzekering (College voor zorgverzekering, 2010 en art. 13, lid 2, Bza-AWBZ).

Gezaghebbers hebben een betalingsplicht aan de hulpverlenende instantie en de overheid voor de verleende zorg (Verhage-van Kooten, 2010 en art. 69, lid 1, Wjz). Uitzonderingen zijn mogelijk als:

- de jongere in verband met adoptie niet meer door zijn ouders wordt verzorgd en opgevoed;
- de ouders ontheven of ontzet zijn uit het gezag over de jongere;
- het verblijf en de verzorging worden geboden in acute noodsituaties (en) waarbij er sprake is van vrijwillige opname (maximaal 6 weken).

Dit staat beschreven in artikel 71, lid1a, b, en c van de Wjz. De ouderbijdrage wordt vastgesteld door het Landelijk Bureau Inning Onderhoudsbijdragen (LBIO) (art. 73, lid 1, Wjz). De eigen bijdrage wordt vastgesteld door de instelling. De instelling is belast met het innen van deze bijdrage (art. 73, lid 2, Wjz).

De jongere is de instelling evenzo een bijdrage verschuldigd in de kosten van de zorg. Deze bijdrage wordt vastgesteld naar het inkomen van de jongere (art. 70, lid 2, Wjz). Indien de jongere hier zelf aan kan voldoen, vervalt de verplichte ouderbijdrage (art. 71, lid1e, Wjz).

De ouderbijdrage of de eigen bijdrage zijn de jongere en diens wettelijke vertegenwoordiger(s) verschuldigd over elke dag dat het verblijf heeft geduurd. De dag van aankomst wordt daarbij wel en de dag van vertrek wordt daarbij niet meegerekend als dag van verblijf. Wordt het verblijf beëindigd op de dag waarop deze is aangevangen, dan is over de dag de bijdrage verschuldigd (art. 73, lid 1, Ub Wjz).

<u>12 tot <16 jaar</u>
De hoogte van de ouderbijdrage is bepaald aan de hand van de leeftijd van de jongere. De jongere van 12 tot 16 jaar valt onder categorie 3: 12 tot en met 20 jaar. De ouderbijdrage bedraagt €122,25 per maand (per 1 januari 2011) voor residentiële hulpverlening. Verdiend de jongere meer dan €226, 89 per maand (per 1 januari 2011), dan zijn de ouders geen bijdrage verschuldigd (Stichting Adviesrecht Bestuursrecht, 2011). De jongere betaalt dan zelf de kosten.

<u>16 tot <18 jaar</u>
De rechten en plichten omtrent de ouderbijdrage van de jongere van 16 tot 18 jaar, komen overeen met de rechten en plichten van de jongere van 12 tot 16 jaar. Toevoeging betreft de studiefinanciering: als de jongere studiefinanciering ontvangt is bijdrage van de wettelijke vertegenwoordiger(s) niet meer verplicht (StimulanSZ, 2010). De jongere betaalt zelf de kosten.

<u>>18 jaar</u>
De rechten en plichten omtrent de ouderbijdrage van de jongere vanaf 18 jaar, komen overeen met de rechten en plichten van de jongere van 16 tot 18 jaar. Wettelijke vertegenwoordiger(s) betalen ouderbijdrage zolang de hulpverlening duurt. Bij vrijwillige hulpverlening is dat meestal totdat de jongere de leeftijd van 21 jaar heeft bereikt. Echter, bij onvrijwillige opname komt het ook voor dat de jongere in de instelling verblijft tot de leeftijd van 23 jaar (StimulanSZ, 2010).

4.3.4 Geheimhoudingsplicht
De hulpverlener is verplicht tot geheimhouding van alle gegevens die de jongere hem heeft toevertrouwd en die de hulpverlener in de uitoefening van zijn beroep te weten komt. In Nederland is het beroepsgeheim geregeld in de WGBO (art. 7:457, BW) en de Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg (Wet BIG) (art. 88, Wet BIG). Tevens zijn in de Wet bescherming persoonsgegevens (Wbp) regels opgenomen ter bescherming van de privacy van de jongere (StimulanSZ, 2010). Schending van het beroepsgeheim is strafbaar (art. 272, WvSr).

Uitgangspunt van de geheimhoudingsplicht van de hulpverlener in de jeugdzorg is dat deze geen informatie geeft over de jongere zonder zijn uitdrukkelijke toestemming. Zoals in de Wjz is beschreven mag de instelling aan niemand anders dan de betrokken minderjarige inlichtingen verstrekken over hem en zijn leefomstandigheden. Uitzondering is mogelijk als de jongere daar toestemming voor geeft. Toestemming wordt zowel schriftelijk als mondeling verleend (art. 7: 448,

lid 1, BW). Dit toestemmingsvereiste is niet benodigd voor het verstrekken van informatie aan personen die beroepsmatig bij de hulpverlening zijn betrokken (art. 53, lid 1, Wjz).

Persoonsgegevens ontvangen, anders dan van de jongere zelf, worden zo spoedig mogelijk bij de jongere gemeld. De maximale termijn is 4 weken (art. 54, lid 1, Wjz).

De verwerking van persoonsgegevens moet gemeld worden bij het College Bescherming Persoonsgegevens (CBP) (Kessels, 2010).

12 tot <16 jaar
Als de jongere vanaf 12 jaar niet in staat is tot een redelijke waardering van zijn belangen, vervalt het toestemmingsvereiste voor wettelijke vertegenwoordiger(s). De informatie is voor hen dan wel beschikbaar. Ook is hun toestemming benodigd om informatie aan derden te verstrekken (art. 7:457, lid 1, BW).

Het toestemmingsvereiste (zoals hierboven beschreven) geldt niet voor wettelijke vertegenwoordiger(s) van de jongere onder de 16 jaar.

16 tot <18 jaar
De jongere die in staat is om een behandelingsovereenkomst (inclusief bijbehorende rechtshandelingen) af te sluiten, mag – zonder toestemming van wettelijke vertegenwoordiger(s) – aangeven welke informatie aan welke personen verstrekt wordt.

>18 jaar
De rechten en plichten omtrent de geheimhoudingsplicht van de jongere vanaf 18 jaar, komen overeen met de rechten en plichten van de jongere van 16 tot 18 jaar.

4.3.5 Informatierecht
Bij opname wordt aan de jongere en diens wettelijke vertegenwoordiger(s) meegedeeld wie verantwoordelijk is voor de behandeling (art. 36, lid 1, Wet BOPZ). Een ouder zonder wettelijk gezag heeft ook recht op informatieplicht. Verder is de instelling verplicht om belangrijke feiten en omstandigheden die de persoon van de jongere of diens verzorging en opvoeding betreffen te melden (art. 1:377c, BW). Te denken valt aan medische uitslagen (Ministerie van Volksgezondheid Welzijn en Sport, n.d.).

De hulpverlener licht de jongere in over de behandeling. Dit kan zowel mondeling als schriftelijk gebeuren (art. 7: 448, lid 1, BW). Als informatie nadelig is voor de desbetreffende jongere, mag dit onthouden worden. Als het belang van de jongere verreist dat inlichtingen aan een ander worden verstrekt, is dit tevens legaal (art. 7: 448, lid 3, BW). Als de jongere geen informatie van zichzelf wil ontvangen, is dat toegestaan. Echter, alleen wanneer blijkt dat het belang niet opweegt tegen het nadeel van het achterhouden van deze informatie voor zichzelf of voor de ander (art. 7:449, BW).

12 tot <16 jaar
Geen aparte regeling.

16 tot <18 jaar
Geen aparte regeling.

>18 jaar
Geen aparte regeling.

4.3.6 Inzagerecht

Dit betreft het recht van de jongere tot het inzien van rapporten en dossiers en het verkrijgen van een afschrift hiervan (StimulanSZ, 2010). Het recht op inzage houdt ook in dat de jongere recht heeft op een kopie van (delen uit) het dossier (art. 7:456, BW). Voor het verstrekken van een kopie mag een redelijke vergoeding worden gevraagd door de instelling (art. 7:456, BW en Ministerie van Volksgezondheid Welzijn en Sport, n.d.).

Volgens de Wjz moeten instellingen een schriftelijke regeling hebben waarin het recht op inzage en afschrift en de redenen voor eventuele weigering worden genoemd (art. 52, Wjz). Zo kan inzage worden geweigerd als de persoonlijke levenssfeer van een ander dan de jongere hierdoor geschaad wordt (art. 50, lid 3, Wjz). Bij problemen met inzage en afschrift moet de jongere zich allereerst wenden tot de leidinggevende van de instelling. Daarna kan eventueel een klacht worden ingediend, zoals beschreven in paragraaf 4.3.7 'Klachtrecht' (pp.32).

De pleegouder(s) hebben geen recht op inzage in de dossiers van het pleegkind en zijn ouder(s), omdat zij geen wettelijk gezag over de jongere hebben. Zij mogen die informatie alleen inzien als zij daar toestemming voor hebben gekregen van de jongere of zijn ouder(s). Pleegouder(s) hebben wel recht op inzage in de dossiers die henzelf betreffen. Deze informatie wordt vaak voor de ouder(s) afgeschermd om de privacy van de pleegouder(s) te waarborgen (Oudernetwerk Jeugdzorg Gelderland, n.d.).

<u>12 tot <16 jaar</u>

De jongere van 12 jaar en ouder heeft inzagerecht. De jongere in de leeftijdscategorie van 12 tot 16 jaar die niet in staat is om zijn belangen redelijk af te wegen, kan onthouden worden van de informatie uit rapporten en dossiers. Aan wettelijke vertegenwoordiger(s) kan deze informatie wel worden verstrekt, tenzij het tegen de belangen van de jongere in gaat (art. 50, lid 2, Wjz).

<u>16 tot <18 jaar</u>

De rechten en plichten omtrent het inzagerecht van de jongere van 16 tot 18 jaar, komen overeen met de rechten en plichten van de jongere van 12 tot 16 jaar.

<u>>18 jaar</u>

De jongere heeft een rechtstreeks inzagerecht in zijn eigen dossier (art. 7:456, BW).

4.3.7 Klachtrecht

De instelling is verplicht een interne regeling te treffen voor de behandeling van klachten. De Wet klachtrecht cliënten zorgsector (Wklcz) die hieraan ten grondslag ligt, is bedoeld om de positie van de jongere te versterken. Hulpverleners worden niet als persoon aangeklaagd. Er wordt ook geen persoonlijk dossier bijgehouden en er bestaat geen persoonlijke sanctie. Wel heeft de hulpverlener de plicht om in redelijkheid en naar vermogen medewerking te verlenen aan de klachtencommissie (Klachtencommissie Meerkanten, n.d.).

Een klacht kan worden ingediend door de jongere en diens wettelijke vertegenwoordiger(s). De hulpverlener heeft de plicht om de correspondentie over de klacht apart te houden van het patiëntendossier (Klachtencommissie Meerkanten, n.d.). Binnen 6 weken na ontvangst van de klacht, moet de klachtencommissie uitspraak doen. Een klachtencommissie moet uit ten minste 3 leden – jurist, gedragswetenschapper, arts (art. 55d, Uitvoeringsbesluit, Wjz) – bestaan. Deze klachtencommissie is onafhankelijk van de instelling (art. 68, lid 1 en 2a, Wjz). Binnen 6 weken na ontvangst van de klacht moet de commissie uitspraak doen (art. 68, lid2b, Wjz). Dit oordeel is niet bindend voor de instelling.

Als de klager ontevreden is over de uitspraak of als de uitspraak te lang uitblijft, kan de klager in beroep gaan bij de Raad voor Strafrechttoepassing en Jeugdbescherming (RSJ). Pas nadat alle mogelijkheden voor klachtenbehandeling zijn benut, kan de klager contact opnemen met de Inspectie jeugdzorg (art. 68, lid 1 en 2a, Wjz).

De klager kan zich bij het indienen en behandelen van een klacht laten vertegenwoordigen of bijstaan door de PVP (art. 55c, lid 1, Uitvoeringsbesluit Wjz).

12 tot <16 jaar
Geen aparte regeling.

16 tot <18 jaar
Geen aparte regeling.

>18 jaar
Meerderjarigen kunnen naast het Advies- en Klachtenbureau Jeugdzorg (AKJ) ook terecht bij het Informatie en Klachtenbureau Gezondheidszorg (IKG). Deze geeft gratis informatie, advies en zo nodig bijstand in het realiseren van de rechten van de jongere (art. 2, lid 2f, Wklcz).

4.3.8 Leerplicht
Leerplicht geldt voor kinderen van 5 tot en met 16 jaar. Leerplicht omvat zowel de inschrijving als het bezoek van een school. Als de jongere 12 volledige schooljaren of de leeftijd van 16 jaar heeft bereikt, eindigt de volledige leerplicht (art. 3, lid 1, Lpw).

De instelling die aan de leerplichtige jongere verblijf biedt – is gedurende de looptijd van de RM – aangewezen op het voldoen van de plichten van de Lpw (art. 29m, Wjz). Zowel bij vrijwillige als onvrijwillige opname moeten de wettelijke vertegenwoordiger(s) van de leerplichtige jongere de schoolkosten blijven betalen (StimulanSZ, 2010).

Vrijstelling van inschrijving
De jongere wordt vrijgesteld van leerplicht als de jongere op lichamelijke of psychische gronden niet geschikt is om tot een school toegelaten te worden. De vrijstelling geldt voor één schooljaar (Rijksoverheid, 2011).

Vrijstelling van bezoek
Verder kan de jongere wegens ziekte verhinderd zijn om het onderwijsprogramma te bezoeken. Dan vervalt de verplichting hiervan (art. 11d, Lpw). Als de jongere minder dan 10 dagen het onderwijsprogramma niet kan volgen, is vrijstelling van bezoek mogelijk (art. 14, lid 1, Lpw). Een verzoek hiertoe moet vooraf of binnen 2 dagen na het ontstaan van de verhindering aan de directie van de school voorgelegd worden. De schoolleiding beslist vervolgens of de vrijstelling verleend wordt. Een beroep op vrijstelling wegens ziekte van de jongere kan slechts worden gedaan – indien binnen 2 dagen na het ontstaan van de verhindering – de directeur is ingelicht over de ziekte en diens aard (art. 12, Lpw).

Als de jongere meer dan 10 dagen het onderwijsprogramma niet kan volgen, beslist de leerplichtambtenaar van de woongemeente van de jongere over de vrijstelling. Voordat de leerplichtambtenaar een beslissing neemt, hoort hij de directeur van de betrokken school. Om tot deze vrijstelling te komen wordt de volgende procedure doorlopen:

1. De wettelijke vertegenwoordiger(s) richten het verzoek aan de directeur van de school. Zij vullen het daartoe bestemde formulier.

2. De directeur stuurt het verzoek door naar de leerplichtambtenaar. Bij een medische of sociale indicatie is een verklaring van een (jeugd-) arts van de Gemeenschappelijke Gezondheidsdienst (GGD) of een sociale instantie noodzakelijk.
3. De directeur legt het verzoek voor aan de leerplichtambtenaar van de gemeente waar de jongere woont.
4. De leerplichtambtenaar hoort de directeur en de wettelijke vertegenwoordiger(s) over het verzoek.
5. De leerplichtambtenaar neemt een beslissing en deelt deze schriftelijk aan de directeur en de wettelijke vertegenwoordiger(s) mee (art. 14, lid 3, Lpw).

Dit verzoek moet minimaal 4 weken van tevoren – via de directeur – bij de leerplichtambtenaar van de woongemeente ingediend worden (art. 14, lid 3, Lpw).

<u>12 tot <16 jaar</u>
De jongere die de leeftijd van 12 jaar heeft bereikt, draagt zelf verantwoording voor het bezoeken van de school of het onderwijsprogramma dat door de instelling wordt aangeboden (art. 4c, lid 1, Lpw). Hij is namelijk verplicht de school – waaraan hij als leerling is ingeschreven – geregeld te bezoeken. Onder geregeld schoolbezoek wordt verstaan: geen les of praktijktijd verzuimen (art. 3, lid 2, Lpw).

<u>16 tot <18 jaar</u>
Voor de jongere die de volledige leerplicht heeft afgerond (12 schooljaren), maar nog geen 18 jaar is en geen startkwalificatie heeft, geldt de kwalificatieplicht. Een startkwalificatie is een diploma op mbo2-, havo- of vwo-niveau. Tijdens de periode van kwalificatieplicht gaat de jongere elke dag naar school of volgt hij een combinatie van leren en werken. De leerplicht eindigt als er een startkwalificatie is behaald (art. 4a, Lpw).

<u>>18 jaar</u>
De leer- en kwalificatieplicht eindigt zodra de jongere de leeftijd van 18 jaar bereikt (art. 4b, Lpw).

4.3.9 Medezeggenschap
Cliënten in de jeugdzorg hebben invloed op het beleid. Elke instelling moet een cliëntenraad hebben. Dit hoeft niet persé een instellingsgebonden cliëntenraad te zijn (art. 58, lid 1, Wjz). In de cliëntenraad moet ten minste plaats zijn voor 2 jongeren (art. 58, lid 4, Wjz). De cliëntenraad heeft vooral een adviserende functie. De zaken waarin zij adviseren worden benoemd in art. 59, lid 1 van de Wjz.

Het is wettelijk geregeld dat BJZ en de instellingen alle informatie aan de cliëntenraden verschaffen die nodig is om het werk te kunnen doen (art. 61, lid 1, Wjz). Ook gelden er een aantal verplichtingen jegens de cliëntenraad:
- BJZ en de instellingen hebben een schriftelijk reglement waarin de rechten van de cliëntenraad geregeld zijn;
- BJZ en de instellingen zijn verplicht tijdig hun advies in te winnen (art. 59, lid 2, Wjz);
- BJZ en de instellingen mogen niet van de adviezen van de cliëntenraad afwijken zonder opgaaf van redenen (art. 60, lid 1, Wjz);
- BJZ en de instellingen zijn verplicht om te melden aan de cliëntenraad wat ze met diens advies doen (art. 60, lid 2, Wjz).

Het is tevens wettelijk geregeld dat de cliëntenraad zowel gevraagd als ongevraagd advies uit mag brengen (art. 59, lid 3, Wjz).

Het Landelijk Cliëntenforum Jeugdzorg (LCFJ) behartigt de belangen van cliënten om tot verbeteringen in de jeugdzorg te komen. Het is een forum van en voor cliënten – en dus de jongere – en diens familieleden.

12 tot <16 jaar
Geen aparte regeling.

16 tot <18 jaar
Geen aparte regeling.

>18 jaar
Geen aparte regeling.

4.3.10 Middelen en maatregelen
Zoals in paragraaf 4.3.2. 'Behandelingsplan' (pp. 29) aangegeven is, kan de instelling in een behandelingsplan de jongere vrijheidsbeperkende maatregelen opleggen. Als deze worden opgenomen in het plan, moeten zowel de gevallen waarin dit gebeurd en de termijnen hiervan beschreven worden (art. 290, lid 1, Wjz).

Zo kan het hulpverleningsplan bij een RM of een IBS de volgende controlemaatregelen bevatten:
- onderzoek aan lichaam en kleding;
- onderzoek van urine ter controle van het gebruik van middelen;
- onderzoek van de kamer van de jongere op voorwerpen die hij niet in bezit mag hebben;
- onderzoek van post afkomstig van of bestemd voor de jongere op aanwezigheid van voorwerpen, in aanwezigheid van de jongere, is toegestaan (art. 29r, lid 1 en 2, Wjz).

Voorwerpen die niet in het bezit van de jongere mogen zijn, worden in beslag genomen. Deze worden voor de jongere bewaard of met zijn toestemming vernietigd. Ook is het mogelijk dat deze aan de opsporingsambtenaar overhandigd worden (art. 29r, lid 4, Wjz). De jongere ontvangt een lijst met het overzicht van afgenomen voorwerpen (art. 36, lid 4, Wet BOPZ).

Andere mogelijke maatregelen – bij een RM of een IBS – zijn als volgt:
- op bepaalde tijdstippen mag de jongere niet op bepaalde plaatsen komen. Deze verboden plaatsen en tijdstippen zijn opgenomen in het behandelingsplan;
- tijdelijke plaatsing in afzondering, zoals afzondering in prikkelarme ruimte of separeercel;
- tijdelijke overplaatsing binnen de instelling;
- het vastpakken en vasthouden van de jongere, ook wel fixatie genoemd.

Dit staat beschreven in art. 290, lid 2 van de Wjz. In het uitvoeringsbesluit van de Wet BOPZ worden de middelen en maatregelen als volgt samengevat:
1. Afzondering.
2. Separatie.
3. Fixatie.
4. Toediening van medicijnen.
5. Toediening van vocht of voedsel.

Een dwangtoepassing op de vrijwillig opgenomen jongere kan alleen als tegelijkertijd een IBS-procedure wordt gestart. Verder worden dwangtoepassingen alleen toegepast als het ten goede komt aan de veiligheid van de jongere (art. 290, lid 3, Wjz). De behandelend arts neemt de beslissing of er middelen en maatregelen ingezet worden. Als de situatie acuut is – dat niet gewacht kan worden tot de komst van de arts – beslist de verpleegkundige van de afdeling. De arts blijft verantwoordelijk en wordt hierover geïnformeerd (Achilles e.a., 2006).

Er moet altijd gekozen worden voor de minst ingrijpende middelen en maatregelen. Deze middelen en maatregelen mogen maximaal 7 dagen achtereen ingezet worden en moeten direct stopgezet worden als er geen gevaar meer is. Als het gevaar na 7 dagen nog niet is geweken, moet het behandelingsplan worden aangepast (StimulanSZ, 2010). Voor de jongere die nog geen behandelingsplan heeft, geldt het volgende: middelen en maatregelen zijn alleen toegestaan als overbrugging naar een behandelingsplan (Achilles e.a., 2006).

Het hulpverleningsplan mag beperkingen opleggen betreffende:
- communicatiemiddelen;
- bezoek (frequentie, duur en soort).

Dit staat beschreven in art. 29q, lid 1 en 2 van de Wjz. Als de instelling middelen en maatregelen inzet, moet de instelling dit melden aan BJZ. Indien de jongere niet onder toezicht is gesteld, moet dit ook aan de wettelijke vertegenwoordiger(s) gemeld worden (art. 290, lid 4, Wjz).

Verder kan de jongere middels het hulpverleningsplan verplicht worden om aan bepaalde programma's deel te nemen (art. 29p, lid 1 en 2, Wjz). Die verplichting geldt ook voor geneeskundige behandelingen, waaronder het innemen van medicijnen (art. 29p, lid 3 en 4, Wjz). Als verplichting tot geneeskundige behandeling wordt toegepast voor de behandeling van stoornis van de geestesvermogens, moet er melding gedaan worden bij de IGZ (art. 29p, lid 5, Wjz).

12 tot <16 jaar
Geen aparte regeling.

16 tot <18 jaar
Geen aparte regeling.

>18 jaar
Geen aparte regeling.

4.3.11 Nazorg
Voorafgaand aan het ontslag (pp. 38) uit een psychiatrische instelling, wordt door middel van resocialisatieprogramma's geprobeerd om de jongere voor te bereiden op een terugkeer in de samenleving. Verlofperiodes naar huis kunnen behoren hiertoe.

De hulpverlener en de jongere maken afspraken over de begeleiding van de instelling of derden. Het betreft de volgende drie aspecten:
- huisvesting;
- beschikbaarheid financiële middelen;
- verwijzing naar ambulante zorg.

De instelling heeft op deze terreinen een inspanningsverplichting (Verhage-van Kooten, 2010).

12 tot <16 jaar
Geen aparte regeling.

16 tot <18 jaar
Geen aparte regeling.

>18 jaar
Geen aparte regeling.

4.3.12 Patiëntendossier
De hulpverlener is verplicht een dossier aan te leggen over de behandeling van de jongere. Dit dossier dient 15 jaar na aanleg bewaard te worden (art. 7:454, lid 1, BW). Patiëntendossiers van onvrijwillig opgenomen cliënten worden meestal tot 5 jaar na het eind van de behandeling bewaard en vervolgens vernietigd. Het dossier van een vrijwillig opgenomen cliënt wordt 15 jaar bewaard (StimulanSZ, 2010 en art. 55, Wjz).
In het patiëntendossier van de jongere worden gegevens omtrent de gezondheid, uitgevoerde verrichtingen van de hulpverlener en andere stukken met relevante informatie opgenomen. Als de

jongere vraagt om bepaalde stukken aan het dossier toe te voegen, is de hulpverlener verplicht deze daadwerkelijk in het dossier op te nemen (art. 7: 454, lid 1 en 2, BW).

De geneesheer-directeur draagt de verantwoording voor dit dossier. Het dossier bevat ten minste de volgende onderdelen:

- het opgestelde behandelingsplan;
- de voortgang per maand wat betreft de uitvoering van dit plan;
- de medewerking van betrokkenen aan de uitvoering van dit plan;
- afschriften van de RM of IBS.

Eventueel:

- ontvangstbewijs van alle voorwerpen die bij opname zijn afgenomen;
- medische informatie.

Dit staat opgetekend in art. 56, lid 1 van de Wet BOPZ.

Als de jongere – die in staat is tot een redelijke waardering van zijn belangen – vraagt om vernietiging van zijn dossier, moet 3 maanden na deze vraag het dossier vernietigd zijn (art. 56, lid 3, Wjz). Als blijkt dat het dossier van groot belang is voor een ander (niet de jongere zelf), dan is verzet tegen de vraag van vernietiging mogelijk. Voorbeeld van het belang van het dossier binnen het werkveld is de hulpverlener die zonder dossier geen kwalitatief goede zorg kan aanbieden (art. 7:455, lid 1 en 2, BW).

In paragraaf 4.3.12 'Patiëntendossier' (pp. 36) is er meer beschreven over de rechten van de jongere en de plichten van de instelling omtrent inzage van het patiëntendossier.

<u>12 tot <16 jaar</u>
Geen aparte regeling.

<u>16 tot <18 jaar</u>
Geen aparte regeling.

<u>>18 jaar</u>
Geen aparte regeling.

4.3.13 Patiëntenvertrouwenspersoon
Iedere instelling moet een onafhankelijke vertrouwenspersoon hebben. Dit wordt ook wel de PVP genoemd (art. 1, lid 1 en 2, Bpv-BOPZ). Deze moet direct na de opname aan de jongere toegewezen worden. Hij adviseert en verleent hulp bij de handhaving van de rechten van de jongere (art. 59, lid 2, Wet BOPZ en art. 63 Ub Wjz). Ook stelt deze persoon structurele tekortkomingen in de instelling aan de orde (E-overheid, n.d.).

De PVP heeft vrij toegang tot de instelling waar de jongere verblijft. Bovendien kan de PVP altijd zonder toestemming de jongere spreken en moet hij alle informatie krijgen die hij voor de uitoefening van zijn taak nodig heeft (art. 57, Wjz). De instelling moet zorg dragen voor de faciliteiten die de PVP nodig heeft. Een eigen werkruimte met telefoon en computer en een voorziening om tot de cliëntgegevens te komen, behoren hiertoe (art. 67, Ub Wjz).

<u>12 tot <16 jaar</u>
Geen aparte regeling.

<u>16 tot <18 jaar</u>
Geen aparte regeling.

>18 jaar
Geen aparte regeling.

4.3.14 Verlof en ontslag

Als het gevaar (bij een RM en een IBS) minder is geworden, kan de jongere tijdelijk met verlof. Zo gaat hij bijvoorbeeld een avond of weekend naar huis. Het verlof wordt verleend – na advies van de behandelend psychiater – door de geneesheer-directeur van de instelling. Het verlof mag maximaal 60 uur aaneensluitend duren. Bij een RM mag een jeugdige 2 keer per kalenderjaar langer met verlof: maximaal 2 weken per keer (art. 45, lid 2, Wet BOPZ). De geneesheer-directeur geeft een schriftelijke verklaring af, waarin staat dat de jongere verlof is verleend (art. 45, lid 6, Wet BOPZ). Als er tijdens het verlof weer een gevaarlijke situatie ontstaat, wordt de jeugdige direct opgenomen (art. 46, lid 1, Wet BOPZ).

Voorwaardelijk ontslag wordt afgegeven als de jongere langer weg kan dan de hierboven genoemde termijnen. Deze wordt afgegeven door de geneesheer-directeur (Verhage-van Kooten, 2010). Bij dit ontslag worden er voorwaarden aan het ontslag van de jongere verbonden. Worden deze voorwaarden niet nageleefd, dan wordt de jongere weer opgenomen (art. 47, lid 1, Wet BOPZ). De geneesheer-directeur stelt de betrekkingen van de jongere op de hoogte van het voorwaardelijk ontslag (art. 47, lid 2, Wet BOPZ).

De voorwaarde voor absoluut ontslag is dat aan de indicatievereisten voor de onvrijwillige opname niet meer wordt voldaan (Verhage-van Kooten, 2010). Iedereen die een verzoek tot onvrijwillige opneming mag doen (via een RM of een IBS), is ook gerechtigd om een ontslag aan te vragen. De geneesheer-directeur beslist binnen 2 weken. Indien geen beslissing is genomen, is het verzoek afgewezen. De geneesheer-directeur wint voor de beslissing informatie in bij de behandelaar en eventuele overige hulpverleners. Hij informeert veelal over de stand van zaken omtrent de uitvoering van het behandelingsplan (Verhage-van Kooten, 2010). Indien de geneesheer-directeur geen ontslag verleent, kan een ontslagverzoek gericht worden tot de OvJ. Deze stuurt het ontslagverzoek door naar de rechter. Het ontslagverzoek mislukt wanneer in de afgelopen 4 maanden al eerder een ontslagverzoek is ingediend en er geen verandering in de toestand is gekomen. Binnen 3 weken neemt de rechter een beslissing, nadat eerst met de advocaat en de behandelaar overleg is gepleegd (Stichting PVP, 2008).

Het is ook goed om te beseffen dat de Wet BOPZ niet in het buitenland geldt en dat de kosten van eventuele repatriëring hoog en voor eigen rekening kunnen zijn als de verzekering dit niet dekt (Landelijk kenniscentrum kinder- en jeugdpsychiatrie, n.d.).

12 tot <16 jaar
Geen aparte regeling.

16 tot <18 jaar
Geen aparte regeling.

>18 jaar
Geen aparte regeling.

4.3.15 Overig

De instelling is verplicht om huisregels vast te stellen die betrekking hebben op een ordelijke gang van zaken, de veiligheid binnen de instelling en het waarborgen van pedagogisch klimaat (art. 29n, lid 2, Wjz). De huisregels bevatten in ieder geval een regeling van de bezoektijden, van de controle van de bezoekers en van voorwerpen die de jongere in verband met de veiligheid binnen de instelling niet in zijn bezit mag hebben (art. 29n, lid 3, Wjz). Specifieke huisregels van GGz Centraal,

locatie Ermelo, zijn schriftelijk vastgelegd. De huisregels worden door afdeling 'de Rietschans' samengesteld.

Als de jongere voor een specifieke behandeling (bijvoorbeeld abortus) naar een andere instelling moet, blijft de instelling – waarbij de behandelovereenkomst is afgesloten – verantwoordelijk (art. 7: 462, lid 2, BW). Deze verantwoordelijk kan niet worden beperkt (art. 7:463, BW).

GGz Centraal, locatie Ermelo, heeft hierbij de voorwaarde dat ouders en andere wettelijke vertegenwoordiger(s) zich achter de behandeling van de jongere scharen. Dit uit zich in de volgende eisen:

- de jongere kan niet opgenomen worden als wettelijke vertegenwoordiger(s) niet achter de opname en het behandelingsplan staan;
- gedurende de behandeling dienen de ouder(s) of wettelijke vertegenwoordiger(s) mee te werken aan de behandeling, zoals in het behandelingsplan is beschreven. Zo is het gebruikelijk dat de jongere, die een time-out nodig heeft, naar huis wordt verwezen. Ouder(s) of wettelijke vertegenwoordiger(s) dienen te zorgen voor opvang.

<u>12 tot <16 jaar</u>
Geen aparte regeling.

<u>16 tot <18 jaar</u>
Geen aparte regeling.

<u>>18 jaar</u>
Geen aparte regeling.

Samenvatting
De handelingsbevoegdheid van de jongere en de wettelijke vertegenwoordiger(s) verschilt per leeftijdscategorie. De jongere van 12 tot 16 jaar wordt geacht wilsbekwaam te zijn. Echter, de jongere moet wel toestemming van wettelijke vertegenwoordiger(s) krijgen voor het genomen besluit. De jongere van 16 tot 18 is niet alleen wilsbekwaam, maar ook handelingsbekwaam. Aan hem komen dezelfde rechten en plichten toe als van een meerderjarige. De jongere van 18 jaar en ouder wordt geacht in staat te zijn om – in zowel privaat-, publiek- als strafrecht – zelfstandig zijn belangen te kunnen behartigen. De jongere in het zorgpad 'Acute zorg' wordt veelal onvrijwillig of gedwongen opgenomen. Hiervoor bestaat de RM en de IBS. De RM wordt gebruikt wanneer een gedwongen opname nodig is, maar er geen sprake is van een acute crisissituatie. Een IBS wordt aangevraagd bij een crisissituatie. De rechtspositie van de onvrijwillig opgenomen jongere wordt gewaarborgd in de WGBO, Wet BOPZ en de Wjz. Bij een onvrijwillig opgenomen jongere is het van belang om kennis te hebben van de rechten en plichten rondom de acceptatieplicht, behandelovereenkomst, bijdrage kosten van de jeugdzorg, geheimhoudingsplicht, informatierecht, inzagerecht, klachtrecht, leerplicht, medezeggenschap, middelen en maatregelen, nazorg, patiëntendossier, PVP en verlof en ontslag.

Nu bekend is welke juridische kaders voor afdeling 'de Rietschans' gelden, is de basis voor zorgpad 'Acute zorg' gelegd. Vanuit deze basis wordt in de volgende hoofdstukken zorgpad 'Acute zorg' daadwerkelijk vormgegeven. Hoofdstuk 5 handelt over de eerste fase van zorgpad 'Acute zorg': de aanmelding en opname van de jongere.

Hoofdstuk 5: Procedures

In dit hoofdstuk worden de procedures die benodigd zijn om tot een opname te komen, uitgewerkt. Hoofdstuk 5 behandeld dan ook deelvraag 4: 'Welke procedure moet gevolgd worden om tot een behandeling binnen 'Acute zorg' te kunnen komen?'. Dit hoofdstuk is vormgegeven op basis van documentenonderzoek en literatuuronderzoek. Documentenonderzoek bestaat uit onderzoek naar documenten van afdeling 'de Rietschans' betreffende het zorgpad 'Acute zorg'. Psychiater, manager en unitmanager vergaderen regelmatig over zorgpad 'Acute zorg'. De notulen van deze vergaderingen worden als concept voor het zorgpad 'Acute zorg' beschouwd. Aan de hand van deze notulen hebben we hoofdstuk 5 opgesteld. Verder hebben we op basis van gesprekken met het unithoofd – onze begeleider (B. Molenaar) – de informatie uit de literatuur geselecteerd. In paragraaf 5.1 worden de algemene indicaties opgesomd en de aanmeldingsprocedure nader uitgewerkt. Na de aanmeldingsfase wordt de jongere opgenomen in zorgpad 'Acute zorg'. Hoe dit tot stand komt, wordt behandeld in paragraaf 5.2. Paragraaf 5.3 beschrijft de uitzonderingen op deze procedures in geval dat de jongere met een zelfbindingsmachtiging, RM, MVV, RM op eigen verzoek of IBS wordt opgenomen. Het hoofdstuk sluit af met een samenvatting.

5.1 Aanmeldingsprocedure

In 5.1.1 worden de indicaties voor opname in 'Acute zorg' beschreven, waarna in 5.1.2 omschreven wordt hoe een verwijzing voor crisisopname tot stand komt. Vervolgens wordt in 5.1.3 de aanmeldingsprocedure van erkende verwijzers beschreven.

5.1.1 Indicaties

In zorgpad 'Acute zorg' is opvang mogelijk voor 12 personen. Er wordt gestreefd wordt naar een zo kort mogelijke opnameduur. Er worden 2 à 3 plaatsen vrijgehouden voor acute crisisopname. In eerste instantie neemt de opname gemiddeld 5 dagen in beslag (Molenaar, 2011).

De jongere die wordt opgenomen in zorgpad 'Acute zorg', bevindt zich in de leeftijdscategorie van 12 tot en met 18 jaar. In eerste instantie verblijft de jongere op afdeling 'de Rietschans' totdat hij de leeftijd van 18 jaar heeft bereikt. Wanneer vastgesteld wordt dat de jongere als verlengd meerderjarig wordt beschouwd, blijft hij tot zijn 21^{e} jaar opgenomen. Indien de jongere het wenst, wordt hij tot het 23^{e} levensjaar bij afdeling 'de Rietschans' behandeld (Verhage-van Kooten, 2010). Wanneer de jongere zich verzet tegen behandeling binnen afdeling 'de Rietschans' is dit niet mogelijk. Momenteel – voorjaar 2011 – is er een wetsvoorstel ingediend om dit mogelijk te maken. Dit wetsvoorstel is nu nog in behandeling (Verheij, 2010).

De jongere die opgenomen wordt, heeft doorgaans symptomen als psychose, suïcidaliteit, angst en zelfbeschadiging. De meest voorkomende diagnoses zijn dan ook Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD), Attention Deficit Disorder (ADD), autisme, angststoornis en depressie.

De jongere met dubbeldiagnose psychiatrie en verslaving wordt bij afdeling 'de Rietschans' eerst behandeld voor de crisis. Als de crisis bedwongen is, wordt de jongere aangemeld bij de poli 'Dubbele diagnostiek', waar verdere behandeling plaatsvindt (Molenaar, 2011). De begeleiding op zorgpad 'Acute zorg' moet onderscheid maken tussen gedrag wat voortkomt uit (afkicken van) de verslaving en gedrag wat voortvloeit uit de psychiatrische beperking. De jongere met dubbeldiagnose psychiatrie en verstandelijke beperking wordt doorgestuurd naar een gespecialiseerde instelling. Afdeling 'de Rietschans' neemt deze jongere alleen op als er elders geen plaats is. Hoe deze behandeling vormgegeven wordt, is nog in beraad (Molenaar, 2011).

5.1.2 Verwijzing

Het aanmelden van de jongere gebeurd niet rechtstreeks bij de bureaudienst van GGz Centraal. Voor een aanmelding is immers een indicatie nodig. Daarom is het noodzakelijk dat de aanmelding

via een erkende verwijzer verloopt: huisarts, BJZ of politie. Voor behandeling in GGz Centraal, afdeling 'de Rietschans', is ook altijd een schriftelijke verwijzing nodig van een huisarts, BJZ of politie (GGz Centraal Fornhese, 2010). Verwijzingen komen op de volgende wijze tot stand:

1. Huisarts.
   Wanneer de jongere in een crisissituatie met de huisarts te maken heeft, wordt de jongere gelijk verwijzen naar de crisisdienst. Deskundige crisisdienstmedewerkers schatten meteen de ernst van de situatie in, om te bepalen voor welke hulpverlening de jongere in aanmerking komt. De huisarts ontvangt bericht over de behandeling van de jongere, behalve als hier nadrukkelijk bezwaar tegen gemaakt wordt (GGz Centraal Fornhese, 2010).
2. BJZ.
   Bij BJZ is een team – Spoedeisende zorg (Sez) – die gedurende het hele jaar, 7 dagen per week, 24 uur per dag bereikbaar is. Wanneer deze hulp wordt ingeroepen, levert team Sez raad en daad. De raad van team Sez bestaat uit het adviseren omtrent het handelen in de crisissituatie. Als het nodig is, wordt gelijk overgegaan op daad. Team Sez komt dan direct in actie om hulp te verlenen in de crisissituatie. Wanneer het noodzakelijk is, gebeurd dit binnen 4 uur. Team Sez zet een hulpverlener in op de plaats waar het probleem zich voordoet. Deze hulpverlener beoordeelt welke actie ondernomen moet worden. In zeer ernstige en gevaarlijke situaties wordt hulpverlening in de thuissituatie ingezet. Zo nodig, wordt de jongere direct naar een veilige plek overgebracht. Bij voorkeur wordt de jongere geplaatst bij familie of vrienden. Als dit niet mogelijk is, neemt team Sez contact op met de crisisdienst. De crisisdienst plaatst de jongere in een hulpverleningsinstelling. Zo komt de crisisopname tot stand. Dit middel wordt alleen in uiterste nood ingezet en de opname geldt voor een korte periode (Bureau jeugdzorg, n.d.). BJZ adviseert de desbetreffende hulpverleningsinstelling om – gedurende de behandeling van de jongere – contacten met het systeem te leggen en te onderhouden.
3. Politie.
   Wanneer de politie in aanraking komt met de jongere in een crisissituatie, wordt de jongere meegenomen naar het politiebureau. Vervolgens wordt getoetst of er een crisisopname plaats moet vinden. De politie neemt telefonisch contact op met een piketmedewerker* van BJZ. De politie kan namelijk zelfstandig niets ondernemen omdat dit hoort thuis bij de medische zorg (Visser, 2011 & Koevoets, 2011). Als na de eerste beoordeling blijkt dat er sprake is van een psychiatrische problematiek waarbij plaatsing noodzakelijk is, komt de jongere onder verantwoordelijkheid van de crisisdienst. Wanneer er geen mogelijkheid tot plaatsing is, moet de politie de jongere elders plaatsen. Als na de eerste beoordeling blijkt dat er geen of geen acute GGZ-problematiek aan de orde is, wordt in overleg tussen de politie en de crisisdienst besloten welke stappen ondernomen worden (Visser, 2011).

Aanmeldingen verlopen doorgaans via bovenstaande erkende verwijzers. Er zijn echter nog andere mogelijkheden:

1. Afdeling vanuit GGz Centraal.
   Wanneer de jongere elders in GGz Centraal is opgenomen en zich een crisis voordoet, heeft het de voorkeur om volgens het protocol te werken. Om de jongere te plaatsen, moet eerst overleg plaatsvinden met diens behandelaar. De behandelaar dient zijn toestemming te verlenen om de jongere te plaatsen in zorgpad 'Acute zorg'. Als de crisissituatie urgent is – en dit overleg onmogelijk is – is het geoorloofd om de jongere direct te plaatsen. Er wordt dan contact opgenomen met het 'Hoofd Beheer Cluster Adolescenten'. Wanneer er plaats beschikbaar is, wordt de jongere gelijk – in enkele minuten tijd – naar het zorgpad 'Acute zorg' overgeplaatst. Na de plaatsing, volgt direct overleg. In dit overleg wordt alsnog om toestemming van de behandelaar gevraagd.
2. Crisisdienst GGz Centraal.
   De crisisdienst kan alleen door erkende verwijzers – zoals huisartsen, BJZ en politie – ingeschakeld worden. De SPV-er en de psychiater onderhouden samen de contacten met de

eerdergenoemde erkende verwijzers en zijn bevoegd om de jongere door te verwijzen naar één van de zorgpaden (Meerkanten GGz, 2011).

3. Medicus van andere instelling.
   Aanmeldingen vanuit andere instellingen verlopen in eerste instantie via een arts of BJZ. Als de melding bij de crisisdienst wordt ingediend, worden afspraken gemaakt over terugplaatsing naar de desbetreffende instelling. Gezien de tijdsdruk wordt de aanmelder niet terugverwezen naar de arts of BJZ voor een indicatie.

Wanneer de jongere een verwijzing voor crisisopname heeft, komt de aanmelding tot stand. Dit wordt in 5.1.3 beschreven.

5.1.3 Aanmelding

Om tot opname van de jongere over te gaan moet er een aanmeldingsprocedure gevolgd worden. Een aanmelding voor crisisopname vindt zowel in vrijwillig als in onvrijwillig kader plaats. In vrijwillig kader zal het gaan om de uitvoer van een zelfbindingsverklaring zoals behandeld is in hoofdstuk 4. In onvrijwillig kader betreft het een opname via een RM of IBS, eveneens behandeld in hoofdstuk 4. In hoofdstuk 4 worden tevens de criteria voor crisisopname beschreven. Contra-indicaties zijn niet mogelijk wanneer de jongere via een BOPZ- maatregel binnenkomt.

Aanmeldingen verlopen – zoals genoemd in 5.1.2 – altijd via een verwijzing van een erkende verwijzer: huisarts, BJZ of politie. Deze schakelen vervolgens de crisisdienst in. Wanneer de jongere een verwijzing heeft, wordt de jongere telefonisch aangemeld – door de crisisdienst – bij de bureaudienst van GGz Centraal. De bureaudienst verzamelt basale gegevens. Er wordt gevraagd naar de naam en de geboortedatum van de jongere. Er wordt vastgesteld of de jongere al bekend is bij GGz Centraal. Vervolgens wordt gevraagd of separatie noodzakelijk is en of er sprake is van intoxicatie en agressie. Tevens wordt de verwijzer toegezegd dat er actie ondernomen wordt (Bernardt e.a., 2007). In kantooruren loopt de aanmelding via de SPV-er die in het zorgpad 'Acute zorg' werkt. Aanmeldingen buiten kantooruren ('s avond, 's nacht en in het weekend) worden in behandeling genomen door de wachtarts van GGz Centraal (Molenaar, 2011). Vervolgens schakelt de bureaudienst de SPV-er van zorgpad 'Acute zorg' in. Dit wordt in de volgende paragraaf behandeld.

5.2 Vervolgfase

Na de telefonische aanmelding is de SPV-er belast met het regelen van het voortraject. Dit houdt in dat de SPV-er de aanmelding in behandeling neemt. Buiten kantooruren doet de crisisdienst dit. De SPV-er of crisisdienst legt uit dat de opname in eerste instantie voor maximaal 5 dagen is.

Wanneer de jongere op afdeling 'de Rietschans' arriveert, vindt een opnamegesprek plaats. Hoe dit opnamegesprek ingericht wordt, is afhankelijk van de toestand van de jongere. Omdat een crisis snel als chaotisch wordt ervaren door zowel de jongere als degene die het opnamegesprek afneemt, is het belangrijk om het opnamegesprek gezamenlijk af te nemen. De tweede persoon vervult een adviserende en ondersteunende rol binnen het opnamegesprek (Bernardt e.a., 2007). Het gesprek wordt gevoerd met een arts en een SPV-er (Molenaar, 2011). Het streven is om het opnamegesprek zo kort mogelijk te houden. Te denken valt aan 5 à 10 minuten (Molenaar, 2011). Tijdens het opnamegesprek wordt er meer informatie verzameld over de jongere zelf en diens probleem. Tevens wordt nogmaals gecontroleerd of de woongegevens van de jongere binnen het werkgebied van GGz Centraal vallen en of de instelling al beschikt over gegevens van de jongere (Bernardt e.a., 2007). Volgens de crisiskaart van Terlouw e.a. (2009) – beschreven in 6.3 'Basisbehandeling' (pp. 49) – past de informatievoorziening binnen de eerste fase van de opname. De arts legt dan ook kort uit wat er gaat gebeuren in de komende uren. Hier is een format voor samengesteld. Deze is opgenomen in bijlage 6.

Vervolgens wordt de jongere door de SPV-er overgedragen aan zorgpad 'Acute zorg'. Dit is de laatste uitvoerende taak van de SPV-er betreffende de aanmelding en opname van de jongere in zorgpad 'Acute zorg'. De jongere wordt aan zijn PB-er in zorgpad ´Acute zorg´ overgedragen. De PB-er wordt zo snel mogelijk aan de jongere toegewezen, aangezien de periode van opname in 'Acute zorg' kort is: gemiddeld 5 dagen. Er is een schema aanwezig waarin vastgelegd is wie PB-er wordt van de eerstvolgende jongere. Echter, bij avond-, nacht- of weekenddiensten is de PB-er niet altijd direct beschikbaar. In dit geval is de dienstdoende verpleegkundige verantwoordelijk voor de jongere. De overdracht aan de PB-er vindt plaats tijdens de eerst volgende gelegenheid (Molenaar, 2011).

Natuurlijk bestaan er uitzonderingen op bovenstaande procedure. Deze uitzonderingen worden in paragraaf 5.3 beschreven.

5.3 Handelingsprocedure van afdeling 'de Rietschans'

In de vorige paragraven werd de algemene procedure bij opname van de jongere beschreven. In paragraaf 5.3 worden de uitzonderingen op deze procedure uitgewerkt. Deze paragraaf bevat een overzicht van de handelingsprocedure van afdeling 'de Rietschans' voor en tijdens de opname en bij het beëindigen van de opname. Eerst wordt de vrijwillige opname via de zelfbindingsverklaring uitgeschreven. Hierna wordt de handelingsprocedure van de onvrijwillige opnames via RM, MVV, RM op eigen verzoek en IBS uiteengezet. In hoofdstuk 4 zijn de procedures uitvoerig beschreven. Deze paragraaf beschrijft alleen de punten – uit de eerder beschreven procedures – die voor GGz Centraal belangrijk zijn.

5.3.1. Zelfbindingsverklaring

De zelfbindingsverklaring is een vrijwillige vorm van opname, zoals beschreven in hoofdstuk 4. Op basis van de zelfbindingsverklaring kan dwangopname plaatsvinden zonder dat aan het gevaarscriterium is voldaan.

<u>Voor de opname</u>

De jongere van 16 jaar en ouder stelt samen met de psychiater – en eventueel met behulp van de PVP – de zelfbindingsverklaring op. Die zelfbindingsverklaring wordt naar een onafhankelijke psychiater. Wanneer deze psychiater besluit om de zelfbindingsverklaring geldig te verklaren, krijgen de volgende personen een afschrift:

- de jongere;
- de contactpersoon;
- de IGZ.

<u>De totstandkoming van de opname</u>

Op het moment dat de omschreven omstandigheden zich voordoen en de jongere geen toestemming voor opname geeft, kunnen de psychiater en de door de jongere daartoe aangewezen persoon een verzoek indienen bij de OvJ om een zelfbindingsmachtiging. Hoe de procedure verder verloopt, staat beschreven in hoofdstuk 4 (pp. 26).

De PVP en de behandelaar van de jongere binnen GGz Centraal, ontvangen een afschrift van de beschikking.

<u>Einde van de opname</u>

Een behandeling naar aanleiding van een zelfbindingsmachtiging duurt maximaal 6 weken. De zelfbindingsverklaring vervalt als een RM of IBS aangevraagd wordt.

5.3.2 RM

Naast deze vrijwillige opname bestaat er de onvrijwillige opname, namelijk de opname via een RM of een IBS. In deze paragraaf wordt de handelingsprocedure omtrent de RM behandeld.

Voor de opname

GGz Centraal richt een verzoek ter verkrijging van een RM aan de OvJ. Dit verzoek gaat gepaard met een recente geneeskundige verklaring van een onafhankelijke psychiater van een instelling met BOPZ-erkenning. Wanneer GGz Centraal het verzoek heeft ingediend, ontvangt GGz Centraal hiervan een afschrift.

De totstandkoming van de opname

GGz Centraal is verplicht om bij opname:

- de griffier van de rechtbank en de OvJ bericht van opneming te sturen;
- de wettelijke vertegenwoordiger(s) op de hoogte te stellen.

Einde van de opname

De kinderrechter bepaalt de geldigheidsduur van de machtiging. De termijn gaat in op het tijdstip dat de RM is afgegeven. Doorgaans betreft de periode van een RM (ten hoogste) een half jaar. Bij het vervallen van de machtiging of bij het besluit dat er geen nieuw verzoek wordt ingediend, moet GGz Centraal de RvdK hiervan op de hoogte stellen.

Indien na plaatsing de toestemming wordt ingetrokken, blijft de machtiging nog 14 dagen geldig. Zo kan GGz Centraal – indien nodig – een justitiële jeugdhulpverleningsmaatregel verzoeken.

5.3.3 MVV

Voor de opname

De MVV is alleen mogelijk als de jongere al gedwongen opgenomen is. De behandelaar dient 5 tot 6 weken voor het verstrijken van de termijn het verzoek in bij de OvJ. Het secretariaat van GGz Centraal houdt in de gaten of de aanvragen op tijd worden ingediend (Molenaar, 2011).

De totstandkoming van de opname

Als het verzoek door de rechtbank is ingewilligd, wordt het gedwongen verblijf van de jongere voortgezet. Het behandelingsplan en de uitvoering ervan dienen uitgebreid overlegd te worden en – indien nodig – aangepast te worden. Iedere 5 dagen wordt het behandelingsplan dan ook besproken. Aan dit overleg nemen het 'Hoofd Beheer Cluster Adolescenten', de behandelaar en de PB-er deel (Molenaar, 2011).

Einde van de opname

Een MVV geldt doorgaans één jaar. Als GGz Centraal gedurende 5 jaar voor dezelfde jongere een MVV verzoekt, is het mogelijk dat de rechter – op aanvraag van de instelling – bepaald dat de MVV 2 jaar geldig is (Verheij, 2011). De MVV vervalt als de termijn verlopen is.

5.3.4 RM op eigen verzoek

Voor de opname

De uitvoerige procedure wordt beschreven in hoofdstuk 4 (pp. 26). Voor de instelling is de volgende informatie belangrijk:

- het verzoek wordt voorzien van een verklaring van een psychiater en een opgesteld behandelingsplan;
- zowel de verklaring als het behandelingsplan moeten 7 dagen voor het indienen van het verzoek zijn opgesteld en ondertekend door de psychiater;
- het verzoek wordt schriftelijk bij de OvJ ingediend.

Tijdens de opname
Tijdens de opname zijn er geen bijzonderheden waar GGz Centraal aan moet voldoen.

Beëindiging
Een RM op eigen verzoek heeft een geldigheidsduur van minimaal een half jaar tot maximaal een jaar. Een verlenging van de RM op eigen verzoek is niet mogelijk.

Bij het vervallen van de machtiging of bij het besluit dat er geen nieuw verzoek wordt ingediend, moet GGz Centraal de RvdK hiervan op de hoogte stellen.

5.3.5 IBS
Aanvraag
Indien de jongere 12 jaar en ouder is en in onmiddellijk gevaar verkeerd, kan zonder toestemming van de jongere of zijn wettelijke vertegenwoordiger(s) in een acute situatie de behandeling gestart worden. De IBS wordt door GGz Centraal aangevraagd bij de burgemeester. Daar is een geneeskundige verklaring van een arts voor benodigd.

Wanneer de rechter een beslissing heeft genomen, meldt de OvJ dit aan de geneesheer-directeur van GGz Centraal. GGz Centraal is verplicht om de jongere binnen 24 uur op te nemen. De jongere en GGz Centraal krijgen van de griffier een afschrift van de IBS en de geneeskundige verklaring.

Procedure
Een IBS duurt 3 weken vanaf het moment dat de rechter heeft beslist dat de IBS noodzakelijk is. In de weken van de IBS kan GGz Centraal – indien nodig – de aanvraag van een RM starten. De IBS blijft gelden tot de rechter een beslissing neemt over de RM. In zo'n geval kan de IBS maximaal 6 weken duren.

Een belangrijk recht van de jongere is dat hij direct na de opname recht heeft op gesprek met de PVP.

Beëindiging
De jongere tussen de 12 en 16 jaar kan een schriftelijk verzoek tot beëindiging van de IBS alleen indienen als er mede-instemming van de wettelijke vertegenwoordiger(s) aanwezig is. Dit verzoek wordt ingediend bij de geneesheer-directeur van GGz Centraal. Als deze van mening is dat er geen gevaar meer dreigt, geeft hij zijn goedkeuring en zal de rechter de jongere opnieuw horen.

Samenvatting
De jongere die opgenomen wordt in het zorgpad 'Acute zorg' dient zich in de leeftijdscategorie van 12 tot en met 18 jaar te bevinden. Aanmeldingen voor crisisopname verlopen via een verwijzing van een erkende verwijzer: huisarts, BJZ of politie, die vervolgens de crisisdienst inschakelt. De crisisdienst contacteert vervolgens de bureaudienst van GGz Centraal. Vervolgens schakelt de bureaudienst de SPV-er van zorgpad 'Acute zorg' in. De SPV-er voert samen met de arts het opnamegesprek. Na dit opnamegesprek wordt de jongere aan zijn PB-er in zorgpad 'Acute zorg' overgedragen. De uitzonderingen op deze procedure betreffen de jongere die opgenomen wordt met een zelfbindingsverklaring, RM, MVV, RM op eigen verzoek of een IBS.

Na de aanmelding en opname van de jongere, start de behandeling. De behandeling wordt in volgend hoofdstuk nader uitgewerkt.

Hoofdstuk 6: Behandeling

In hoofdstuk 5 staat beschreven welke procedures er nodig zijn om tot een opname van de jongere in zorgpad 'Acute zorg' te komen. In dit hoofdstuk wordt de behandeling van zorgpad 'Acute zorg' beschreven en behandeld deelvraag 5: 'Hoe komt een methodisch verantwoorde behandeling binnen het zorgpad 'Acute zorg' tot stand?'. Evenals hoofdstuk 5 is hoofdstuk 6 vormgegeven op basis van literatuuronderzoek en documentenonderzoek. Eenzelfde notulen zijn leidend om dit hoofdstuk – en hiermee de behandeling – vorm te geven. Aan deze behandeling liggen doelstellingen ten grondslag. Deze doelstellingen worden in paragraaf 6.1 beschreven. Vanuit deze doelstellingen wordt de 'Basisfilosofie' beschreven in paragraaf 6.2. Vervolgens krijgt in paragraaf 6.3 'Methodieken' deze basisfilosofie meer vorm aan de hand van het competentiemodel, de motiverende gespreksvoering en de systeembenadering. In paragraaf 6.4 'Behandeling' wordt beschreven hoe deze methodieken ondersteunend kunnen zijn om de behandeling vorm te geven. Vervolgens worden de modules – die samen de behandeling vormen – uitgewerkt in paragraaf 6.5. Paragraaf 6.6. handelt over de middelen en maatregelen die onderdeel uitmaken van de behandeling binnen zorgpad 'Acute zorg'. Evenals de andere hoofdstukken sluit dit hoofdstuk af met een samenvatting.

6.1 Doelstellingen

Zorgpad 'Acute zorg' is – in tegenstelling tot de andere zorgpaden – grotendeels gesloten. Binnen het zorgpad 'Acute zorg' zijn er drie afdelingen: gesloten, besloten en open. Deze afdelingen werken samen: "*Gesloten werkt nauw samen met besloten."(*ERM3.8.14) en: "*Besloten werkt nauw samen met open."* (ERM3.8.18). Deze nauwe samenwerking leidt tot – als de jongere eraan toe is – een geleidelijke overgang naar een ander zorgpad. Dit wordt in hoofdstuk 8 nader uiteengezet.

Voor het vormgeven van de behandeling moeten de doelstellingen van het zorgpad 'Acute zorg' helder zijn. De doelstellingen vormen namelijk de basis van de behandeling in 'Acute zorg'. Het hoofddoel van crisisinterventie is het herstel van evenwicht (Brinkman e.a., 2010). Dit komt overeen met de gegevens uit de interviews: "*Rust en crisis eraf halen zijn de doelstellingen"* (ERM2.7.3). Achilles e.a. (2006) specificeert het doel van een crisisopname als volgt:

1. Gevaar afwenden.
   Dit doel correspondeert met het doel van afdeling 'de Rietschans', zoals omschreven in Molenaar (2010*): "Jongeren op korte termijn weer voldoende in staat stellen voor zichzelf te zorgen en de veiligheid voor henzelf en/of hun omgeving weer te waarborgen."* Een ander doel wordt door afdeling 'de Rietschans' onderschreven: "*Crisisinterventie waarbij bescherming [...] op de voorgrond staat."* (Molenaar, 2010).
2. Psychiatrische stoornis observeren.
   Afdeling 'de Rietschans' heeft als overeenkomend doel: "*Een aanvang maken met diagnostiek."* (Molenaar, 2010).
3. Behandeling starten of klinisch voortzetten.
   Afdeling 'de Rietschans' heeft als overeenkomend doel: "*Een aanvang maken met [...] behandeling."* (Molenaar, 2010).

Afdeling 'de Rietschans' wil zorgpad 'Acute zorg' zo kort mogelijk houden: "*Zorgpad 'Crisis' zo kort mogelijk houden*." (ERM1.7.4). Hiertoe vindt de doorstroming zo spoedig mogelijk plaats: "*Als het kan binnen, binnen 24 uur, moet het zeker."* (ERM3.8.16). Zo wordt getracht de bezetting van zorgpad 'Acute zorg' zo klein mogelijk te houden: "*Dus we zullen zorgpad 'Acute zorg' zo klein mogelijk houden."* (ERM3.8.10). Het streven van afdeling 'de Rietschans' is dat er altijd plek op de crisisopname is.

6.2 Basisfilosofie

De basisfilosofie omvat de visie en draait om de vraag: 'Vanuit welke visie wordt er gewerkt?'. De basisfilosofie is op grond van bovenstaande doelstellingen, missie en visie van GGz Centraal

gekozen. De missie van GGz Centraal wordt als volgt verwoordt: "*GGz Centraal behandeld, begeleidt en ondersteunt mensen met psychische problemen opdat zij de regie over hun eigen leven kunnen houden." (*GGz Centraal, 2011). Zo staat in de visie ook verwoord dat GGz Centraal de kracht en de mogelijkheden van de cliënt bevorderd en opneemt in het zorgprogramma. Dit sluit aan bij het supportieve model, zoals beschreven in Janzing e.a. (2011). Dit komt ook uit de interviews naar voren: *"Het wordt een crisisafdeling: 'Wat voor model gaan we gebruiken?'. Denk waarschijnlijk het supportieve, het ik-opbouw."* (ERM2.5.3). Dit therapeutische milieu is gericht op herstel, dat overeenkomt met de herstelondersteunende benadering. In de GGZ is een verschuiving waar te nemen van de inzet van therapeutische milieus naar herstelondersteunende zorg. Daarnaast is het streven van GGz Centraal om een herstelondersteunende organisatie te worden (GGz Centraal, 2011). Om deze redenen zal de herstelondersteunende benadering als leidraad dienen om de behandeling in zorgpad 'Acute zorg' vorm te geven. In paragraaf 6.2.1 wordt omschreven wat herstel inhoudt. In 6.2.2 wordt de Individuele Rehabilitatiebenadering (IRB) en in 6.2.3 de milieurehabilitatie beschreven.

6.2.1 Herstel

Herstel, wat houdt dat eigenlijk in? Herstellen is geen hulpverleningsmethodiek. Herstel is een proces dat bij de cliënt zelf plaatsvindt en waarvan gezegd wordt: 'herstellen doe je zelf' (Hordijk, 2010). Herstel is tevens een begrip dat nadrukkelijk terug te vinden is in de rehabilitatiebenadering. Rehabilitatie staat voor eerherstel (Droës e.a., 2008) en ondersteunt en bevordert – volgens die benadering – het herstel (Hordijk, 2011). In de rehabilitatiebenadering wordt onderscheid gemaakt tussen behandelen en rehabiliteren. Behandelen is het minimaliseren van de ziekte en rehabiliteren is het maximaliseren van de gezondheid. De kern van rehabilitatie is samen met de cliënt werken aan zijn herstelproces (Luijten e.a., 2008). Droës e.a. (2008) definiëren herstel als volgt*: "Het te boven komen van hopeloosheid en van het verlies van een betekenisvolle identiteit, verbondenheid, rollen en kansen.".* Uit onderzoek van Ralph (2000) en Gagne (2004) blijkt dat hier fasering in is te ontwaren. Droës e.a. (2008) beschrijven de fasen als volgt:

1. Overweldigd worden door de aandoening.
   De jongere ervaart verwarring en ontreddering als gevolg van de overweldigende symptomen. Hij is gericht op overleven, zowel lichamelijk als mentaal.
2. Worstelen met de aandoening.
   De jongere ontwikkelt manieren om actief met de symptomen om te gaan en het 'zelf' te hervinden. Angst om opnieuw overspoeld te worden door de aandoening speelt een rol.
3. Leven met de aandoening.
   De jongere ervaart minder angst omdat het (zelf)vertrouwen groeit. Verbondenheid met belangrijke anderen wordt hersteld.
4. Leven voorbij de aandoening.
   De aandoening verdwijnt naar de achtergrond. De verbondenheid met anderen wordt ervaren. Er is ruimte voor nieuwe doelen in het leven van de jongere.

Zorgpad 'Acute zorg' is voornamelijk gericht op herstel van de jongere in de eerste fase. Herstelbevorderende factoren in deze fase zijn volgens Droës e.a. (2008):

- acute stabilisatie bij crisis en toegang tot behandeling en therapie;
- de vervulling van de meest basale behoeften;
- de aanwezigheid en ondersteuning van een betrokken en competent persoon, die bovendien begrijpt wat de persoon in kwestie doormaakt;
- acceptatie;
- hoop.

Herstel en herstelondersteunend werken zijn kernbegrippen in de behandeling van de jongere in zorgpad 'Acute zorg'. De volgende rehabilitatiebenaderingen worden in nader schrijven besproken: individuele rehabilitatiebenadering (IRB) en de milieurehabilitatie.

6.2.2 IRB

De IRB richt zich op herstel (Hordijk, 2011) en biedt verschillende modules die gericht zijn op het ondersteunen en bevorderen hiervan. De IRB beoogt voornamelijk resultaten op de component van activiteiten en participatie. Bij het vergroten van de activiteiten en participatie zijn de eigen doelen en behoeften van de jongere onmisbaar (De Jong e.a., 2008). De jongere heeft ondersteuning nodig bij verkennen, kiezen, verkrijgen of behouden van zijn doelen. Het gaat om het voortdurend terugkeren naar wat de jongere wil en het aansluiten bij de fase waarin de jongere verkeert ten aanzien van zijn doelen (Luijten e.a., 2008). Dit houdt in dat de jongere in zorgpad 'Acute zorg' met doelen werkt die aansluiten bij zijn individuele wensen en behoeften. Dit komt ook in de interviews naar voren: *"Aan de hand van de behoefte van de jongere kan er een programma opgezet worden."* (ERM1.6.13).

Sommigen jongeren kunnen geen duidelijke of realistische doelen formuleren. Dit wordt een gebrek aan doelvaardigheid genoemd. De jongere en zijn begeleider kunnen dan besluiten om eerst aan de doelvaardigheid te werken. Doelvaardigheid wordt vergroot middels het in kaart brengen van de noodzaak, inzet, identiteitsbesef, omgevingsbesef en de begeleidingsbehoefte tot verandering (Hordijk, 2011). Onderstaand schema geeft weer welke interventies de begeleiding kan plegen bij tekort op één van deze gebieden.

Tekort	**Strategieën**
Geen noodzaak	Geen actie.
Weinig inzet	Motiverende gesprekken; Zelfvertrouwen vergroten; Steun mobiliseren.
Weinig identiteitsbesef	Omgevingsbezoeken en nabespreken; Waarden, interesses en voorkeuren bespreken.
Weinig omgevingsbesef	Omgeving bezoeken; Informatie verzamelen.
Weinig begeleidingsbehoefte	Uitwerken van de aspecten waarop de jongere wel hulp wil.

Hierbij kan eveneens steun vanuit de omgeving of het milieu helpend zijn. Dit valt onder de milieurehabilitatie, welke in onderstaande tekst wordt uitgewerkt (Hordijk, 2010).

6.2.3 Milieurehabilitatie

Verder is de milieurehabilitatie van belang. Milieurehabilitatie beoogt de activiteiten en participatie van een aantal cliënten tegelijkertijd te vergroten door beïnvloeding van het milieu. Voorwaarde om tot een goede milieurehabilitatie te komen is een maximale betrokkenheid van de jongere. De methodiek van de milieurehabilitatie stelt dat IRB de voorkeur verdient. Milieurehabilitatie kan gebruikt worden om een milieu meer geschikt te maken voor het toepassen van de IRB (De Jong e.a., 2008):

- diagnostische fase: in deze fase probeert de begeleider – doorgaans de PB-er – om samen met de jongere vast te stellen welke doelen hij wil nastreven;
- planningsfase: dit is de fase waarin vastgesteld wordt welke vaardigheden en hulpbronnen de jongere nodig heeft om zijn doelen te verwezenlijken;
- interventiefase: in deze fase krijgt de jongere de gelegenheid om de benodigde vaardigheden op te doen en worden interventies ondernomen om steun vanuit de omgeving te mobiliseren.

Uit bovenstaande informatie valt te concluderen dat de milieurehabilitatie de individuele (rehabilitatie)doelen van de jongere ondersteunt. De milieugerichte aanpak is echter meer dan een ondersteuning: het kan ook rechtstreeks de activiteiten en participatie van de jongere vergroten.

Een kleinschalig woonmilieu met een grote mate van normalisatie prikkelt de jongere meer om individuele doelen te verkennen, te kiezen, te verkrijgen en te behouden dan een grootschalig ziekenhuismilieu. In die zin kan met een grotere mate van normalisatie van het woonmilieu de doelvaardigheid worden ontwikkeld. Dit is ook wat het 'Hoofd Beheer Cluster Adolescenten' van afdeling 'de Rietschans' onderschrijft: *"Dus modules die aansluiten bij wat de jongere normaal zou doen."* (ERM3.6.6). Het milieu moet gericht zijn op ondersteuning en bevordering van het herstel (Hordijk, 2011).

6.3 Basisbehandeling

In deze paragraaf worden de doelstellingen en de basisfilosofie vormgegeven in de behandeling. Deze paragraaf behandeld dan ook de vraag: *'Wat heeft de jongere in zorgpad 'Acute zorg' nodig?'*. In 6.3.1 wordt de basis van de behandeling in ´Acute zorg´ beschreven. Hierna, in 6.3.2, wordt de dagstructuur omschreven en 6.3.3 handelt over de huisregels. Overige belangrijke informatie over de behandeling staat in 6.3.4.

Crisiskaart
Acute fase: de eerste opvang
Praktische hulp en steun
1. Basisbehoeften
   Bed, bad, brood, bescherming
2. Informatievoorziening
3. Het eerste contact
4. Structureren

Eerste nazorgfase
Overgang naar herstel
1. Dagstructuur
2. Concrete taken
3. Informatie over psychische reacties

Verzamelen van gegevens over impact gebeurtenissen en opname voor het systeem.

6.3.1 Basis

Zoals weergegeven in bijlage 6 en het kader hiernaast, heeft de jongere in de acute fase behoefte aan de basisbehoeften. Deze bestaan uit:

- bed – onderdak;
- bad – hygiëne;
- brood – voedsel;
- bescherming.

De interventies in de beginfase van het zorgpad 'Acute zorg' zijn gericht op het verminderen van de symptomen (Hordijk, 2010) en het vervullen van de basisbehoeften. Dit is herstelbevorderend, zoals beschreven wordt in paragraaf 6.4 'Methodieken' (pp. 51).

Wanneer deze basisbehoeften zijn vervuld, wordt overgegaan naar de eerste nazorgfase. De eerste stap in deze nazorgfase betreft de dagstructuur. Horst (2008) schrijft dat de jongere in zorgpad 'Acute zorg' doorgaans een kleiner draagkracht en draagvlak heeft en daarom een sterk geordende omgeving nodig heeft. Dit helpt de jongere zichzelf te oriënteren op tijd, plaats en persoon. Ook Terlouw e.a. (2009) benoemt het belang van een duidelijke dagstructuur. De interviews bevestigen dit: *"Dat het een heel gestructureerd geheel moet zijn."* (ERM2.6.1). Afdeling 'de Rietschans' wil – ter bevordering van de structuur – daarom zowel een week- als weekendprogramma (Molenaar, 2011).

Het meest basale in zorgpad 'Acute zorg' is rust, reinheid en regelmaat: *"Ja, dat hele ouderwetse eigenlijk: rust, reinheid en regelmaat."* (ERM1.6.1). Horst (2006) onderschrijft dit. De behandeling van de jongere in zorgpad 'Acute zorg' rust dan ook op twee van die drie pijlers: *"Volgens mij moet je heel veel structuur bieden en ja, rust."* (ERM2.5.11).

1. Rust
   Volgens Brinkman (2010) is één van de kenmerken van een crisis uitputting. *"Er is een uitval, er is een probleem, de jongere moet even bijkomen."* (ERM1.6.12). Een goed geordende omgeving is voor de jongere beheersbaar en schept rust (Horst, 2008). Ook Slot e.a. (2007) onderstrepen het belang van een milieu dat rust creëert.
2. Structuur
   Hierbij is het dag- en nachtritme van groot belang. Horst (2006) beschrijft het belang van nachtrust. Dit brengt structuur aan. Ook het eten en drinken vormen onderdeel van de

structuur: *"Maar in het acute zorgpad, is heel basaal, eten, drinken, slapen."* (ERM4.6.7). Dit strookt met de piramide van Maslow: *"En dan pak ik altijd maar Maslow erbij en dan eten, drinken, slaap en seks."* (ERM4.6.4). Maslow heeft namelijk hiërarchie aangebracht in de menselijke behoeften. Dit wordt de behoeftepiramide van Maslow genoemd. In bijlage 3, figuur 2 is zichtbaar dat in eerste instantie de fysiologische behoeften van de jongere vervuld moeten worden. Dit betreft onder andere eten, drinken en nachtrust (Behrend, 2008). Haspels e.a. (2003) beschrijven dat de structuur wordt bepaald door de dagelijkse routine en de leefgroepregels. Deze elementen worden in onderstaande tekst uitgewerkt.

6.3.2 Dagelijkse routine

Het behandelprogramma is individueel gericht. Toch is het goed om een algemeen geldende dagstructuur te ontwerpen, omdat het de basis van de behandeling van de jongere in 'Acute zorg' vormt. Dagelijkse routine biedt houvast en duidelijkheid (Haspels e.a., 2003). Verder biedt de dagelijkse routine talrijke momenten waarop de begeleiding de jongere kan observeren (Haspels e.a., 2003). De dagelijkse routine ziet er op afdeling 'de Rietschans' als volgt uit:

1. Opstaan: 8:00 uur.
2. Ontbijt: 8:30 uur tot 9:00 uur.
3. Koffiepauze: 10:00 uur tot 10:30 uur.
4. Lunch: 12:00 uur tot 12:30 uur.
5. Koffiepauze: 15:00 uur tot 15:30 uur.
6. Avondeten: 17:30 uur tot 18:00 uur.
7. Licht uit en slapen: 22:00 uur.

Opstaan, ontbijt, lunch, avondeten en slapen zijn verplichte onderdelen, de koffiepauzes zijn op vrijwillige basis. De dagelijkse routine wordt – waar mogelijk en aansluitend bij de individuele jongere – aangevuld met eerder beschreven in paragraaf 2.2. 'Beschrijving modules' (pp. 15).

Naast dat de dagelijkse routine houvast biedt, schept dit ook mogelijkheden ter observatie. Dit sluit aan bij de doelen van het zorgpad 'Acute zorg': *"Het programma is erop gericht om op zoveel mogelijk manieren mensen te observeren […]"*. (ERM3.7.3). Doorgaans is de jongere in crisis gedesoriënteerd in tijd, plaats en persoon. Het is van groot belang om deze elementen duidelijk – bij elke activiteit – in de dagelijkse routine te vermelden.

6.3.3 Huisregels

Haspels e.a. (2003) beschrijven dat de dagstructuur niet alleen uit dagelijkse routine, maar ook uit huisregels bestaat. Huisregels moeten voor de totale doelgroep opgesteld worden. Het is niet mogelijk om de individuele jongere huisregels op te leggen, tenzij de geneesheer-directeur dit doet (Verheij, 2011). Afdeling 'de Rietschans' stelt zelf de huisregels voor zorgpad 'Acute zorg' op. Deze komen grotendeels overeen met de huisregels van de overige zorgpaden.

Huisregels zijn er tot bevordering en handhaving van de structuur (Slot e.a., 2007). Daarnaast:

- bevorderen regels de veiligheid;
- waarborgen ze de belangen van iedereen;
- bieden ze overzicht van de dagelijkse routine;
- ondersteunen ze de uitvoering van het behandelingsplan;
- bevorderen ze een prettige sfeer op de woongroep.

Bij het formuleren van de huisregels zijn volgens Haspels (2003) een aantal criteria leidend:

1. Leren in plaats van afleren: wees gericht op het positieve. Zeg niet: 'Je mag niet…'
2. Duidelijke taal: gebruik eenvoudige woorden en spreek de jongere direct aan (je of jij).
3. Redengevend: maak duidelijk waarom de regel bestaat.
4. Controleerbaar: regel valt te controleren en schept mogelijkheden om gerichte feedback aan de jongere te geven.

6.3.4 Overig

Naast dagelijkse routine en huisregels moeten onderstaande punten in de behandeling van de jongere voorkomen (Janzing e.a., 2005):

1. Oriëntatie
2. Assertiviteit
3. Bezigheid en werk
4. Ontspanning

Deze punten moeten in het herstelondersteunend milieu – zoals omschreven in paragraaf 6.2 'Basisfilosofie' (pp. 46) – aangetroffen worden.

1. Oriëntatie

Janzing e.a. (2005) en Hordijk (2010) beschrijven het belang van ondersteunende middelen bij oriëntatie op tijd, plaats en persoon.

Oriëntatie op tijd:

- klokken in elke ruimte: witte achtergrond, zwarte cijfers;
- kalender op de woongroep en eigen kamer;
- krant met datum op de woongroep;
- overgordijnen om aan te geven dat het avond is.

Oriëntatie op plaats:

- ander kleurgebruik van deuren van woongroep, eigen kamer en sanitaire ruimte;
- gebruik van zachte, rustgevende kleuren of pasteltinten;
- gebruik van zacht licht of schemerlampen.

Oriëntatie op persoon:

- ophangen van overzicht van dienstdoende begeleiding.

2. Assertiviteit

Janzing e.a. (2005) benoemen dat de mens – ook de jongere – zich kan manifesteren als een aanpassend individu. Zo zijn ze bijvoorbeeld bang om uiting te geven aan gevoelens, verlangens, verwachtingen en meningen. Dit wordt subassertief gedrag genoemd (Schouten, 1977). Assertiviteit is het duidelijk, direct en eenduidig uitdrukken van gevoelens. Veel jongeren die één of meer D's – beschreven in 6.6.1 – in hun gedrag hebben, hebben moeite met het uitdrukken van hun gevoelens op die manier. De jongere moet de gelegenheid krijgen om te experimenteren in sociale contacten met leeftijdsgenoten: *"Want ze hebben aan elkaar zoveel. Veel meer dan aan ons." (*ERM4.7.9).

3. Bezigheid en werk

Het herstelondersteunend milieu binnen afdeling 'de Rietschans', zorgpad 'Acute zorg' nodigt uit en zet aan tot werkactiviteiten en structuur. Dit gebeurt onder andere door op de afdeling te koken. Eten bereiden, tafel dekken, afwassen en afdrogen behoren tot de 'normale' dagelijkse routine van de jongere. Verder nodigt dit uit om een helpende hand uit te steken: *"Dus (...) aansluiten bij wat de jongere normaal zou doen."* (ERM3.6.6).

4. Ontspanning

Een goed herstelondersteunend milieu nodigt uit tot creativiteit en speelsheid. Het is belangrijk om de jongere sociale vaardigheden te leren om de vrije tijd goed door te komen en hobby's te (her)vinden (Janzing e.a., 2005). Ontspanning is in zorgpad 'Acute zorg' een wezenlijk onderdeel van de behandeling. Het leeraspect vindt grotendeels in de vervolgbehandeling plaats.

6.4 Methodieken

Zoals beschreven vormen de doelstellingen en de basisfilosofie de behandeling binnen zorgpad 'Acute zorg'. Deze paragraaf werkt de methodieken uit die richtinggevend zijn in de behandeling. Uit de doelstellingen en de basisfilosofie (pp. 46) blijkt dat er geen hoofdmethodiek ingezet wordt.

Omdat de behandeling per individuele jongere wordt afgestemd, is dit ook niet mogelijk. Wel zijn er methodieken die het herstel van het evenwicht ondersteunen en ingezet worden in zorgpad 'Acute zorg'. Dit betreffen de volgende methodieken:

- competentiemodel (6.4.1);
- motiverende gespreksvoering (6.4.2);
- systeembenadering (6.4.3).

Deze methodieken worden in onderstaande tekst uitgewerkt.

6.4.1 Competentiemodel

Het competentiemodel en de – al eerder – IRB vullen elkaar aan. Bij competentievergroting wordt de jongere sterker en weerbaarder gemaakt om alledaagse situaties te hanteren, door het uitbreiden van het vaardigheidsrepertoire (Bassant e.a., 2008). Competentievergroting blijkt effectief te zijn (Slot e.a., 2007) en motiverend te werken. Competentievergroting richt zich op het versterken van de krachten van de jongere en vindt daardoor ingang bij de jongere. Dit alles wordt samengevat in het competentiemodel. Dit model kijkt op verschillende manieren naar het gedrag van de jongere. Er wordt naast het tekort aan vaardigheden rekening gehouden met de taken waar de jongere voor staat. Deze taken kunnen door de jongere als te zwaar worden ervaren (doordat vaardigheden tekort schieten), maar kunnen ook reëel te zwaar zijn (Aken e.a., 2004). Hierdoor ontstaat incompetentie. Behandelingsmogelijkheden zijn gericht op taakverlichting en vaardigheidstraining (Bassant e.a., 2008). Ontwikkelingstaken van de jongere tussen de 12 en 21 jaar bestaan volgens Slot e.a. (2007) uit:

1. Positie ten opzichte van de ouder(s): verwerven van autonomie ten opzichte van de ouder(s) en het bepalen van een eigen plaats binnen de veranderende relaties in het gezin en de familie.
2. Onderwijs of werk: kennis en vaardigheden opdoen om een beroep uit te oefenen en een keuze maken ten aanzien van werk.
3. Vrije tijd: ondernemen van leuke activiteiten in de vrije tijd en het zinvol doorbrengen van de tijd waarin er geen verplichtingen zijn.
4. Eigen woonsituatie: zoeken of creëren van een plek waar je goed kunt wonen en het omgaan met huisgenoten.
5. Autoriteit en instanties: accepteren dat er instanties en personen boven je gesteld zijn, binnen geldende regels en codes opkomen voor eigen belang.
6. Gezondheid en uiterlijk: zorgen voor een goede lichamelijke conditie, een uiterlijk waar men zich prettig bij voelt, een goede voeding en het vermijden van overmatige risico's.
7. Sociale contacten en vriendschappen: contacten leggen en onderhouden, oog hebben voor wat contacten met anderen opleveren, je openstellen voor vriendschap, vertrouwen geven en nemen en wederzijdse acceptatie.
8. Intimiteit en seksualiteit: ontdekken wat mogelijkheden en wensen zijn in intieme en seksuele relaties.

Begeleiding moet kennis hebben van bovenstaande ontwikkelingstaken: *"Levensfasekennis, dat wil zeggen oog voor de ontwikkelingsfase tot autonoom individu."* (ERM5.6.13). Het is belangrijk om deze ontwikkelingstaken ook daadwerkelijk mee te nemen in de behandeling van de jongere: *"Toch proberen wanneer de rust weer terug is gekomen, jongeren op hun verantwoordelijkheden te wijzen die bij hun leeftijd horen."* (ERM1.9.1).

Verder is bij de inzet van het competentiemodel het systeem van groot belang. Deze bevordert of belemmert immers de competenties van de jongere. Dit komt ook uit de interviews naar voren: *"Een jongere heeft zoveel contact met de buitenwereld. Op het moment dat wij heel hard aan het werk zijn om vooruit te bewegen en de jongere vervolgens zoveel contacten heeft waar wij geen grip op hebben, kan dit stagnerend werken op de ontwikkeling van de jongere."* (ERM1.9.10). Een goede metafoor om dit uitgangspunt te illustreren is de metafoor van de weegschaal: de balans van draagkracht en draagvlak tegenover de draaglast in de situatie van de jongere (zie bijlage 3, figuur 3):

- draagkracht: lichamelijke conditie, psychologische veerkracht, religie en de competenties van de jongere (Terlouw, 2009);
- draagvlak: sociale netwerksteun en structurele steun;
- draaglast: stressoren van de jongere (Haspels e.a., 2003).

Het competitiemodel streeft naar evenwicht. Enerzijds door de jongere te ondersteunen, begeleiden en te trainen. Anderzijds door het systeem te bewerken. Verminderen van stressoren en het versterken en mobiliseren van positieve krachten (Bassant, 2008). Samenvattend kan gezegd worden dat competentiegerichte hulpverlening zich richt op het versterken van de krachten in de jongere zelf en zijn systeem.

Om deze krachten te activeren wordt gebruik gemaakt van empowerment. Dit betekent dat de begeleiding zich richt op het vergroten van het zelfvertrouwen van de jongere door te geloven in zijn kunnen. Er wordt op verschillende manieren gewerkt aan empowerment. Begeleiding geeft feedback op adequaat gedrag, stimuleert de jongere zelf keuzes te maken en moedigt zelfredzaamheid aan. Verder kan begeleiding de volgende interventies plegen die passen binnen het competentiemodel (Bassant e.a., 2008):

1. Taakverlichting: dit is nodig wanneer ontwikkelingstaken te zwaar zijn. Begeleiding neemt taken over en geeft tijdsperspectief over korte- en lange-termijndoelen. Dit is zeker binnen zorgpad 'Acute zorg' van afdeling 'de Rietschans' aan de orde. Dit blijkt ook uit de interviews: *"Soms moet je zorg overnemen."* (ERM2.9.1). Het is wel belangrijk om dit in samenspraak met de jongere te doen: *"En je moet het altijd in samenspraak doen."* (ERM4.9.3).
2. Taakverrijking: dit wordt ingezet wanneer blijkt dat incompetent gedrag van de jongere voortkomt uit te gemakkelijke taken. De jongere krijgt dan meer verantwoordelijkheden of taken toegewezen.
3. Wegnemen of beperken van invloed van stressoren: dit leidt ook tot taakverlichting voor de jongere. Voorbeeld hiervan is de voorlichting van het systeem omtrent de psychiatrische beperking van de jongere.
4. Benutten van protectieve factoren*: bestaande protectieve factoren activeren of versterken. Dit wordt bevestigd in de afgenomen interviews: *"Ik denk uiteindelijk dat je ook altijd moet kijken naar de gezonde aspecten en die ook in crisis, zoveel mogelijk moet uitbuiten."* (ERM2.9.2).
5. Reductie van probleemgedrag: stoppen of bijsturen van probleemgedrag. Probleemgedrag dat stilgelegd wordt, moet gecombineerd worden met een interventie die gericht is op het vergroten van het vaardigheidsrepertoire van de jongere.
6. Versterken en aanleren van vaardigheden: dit draait om het uitbreiden van het vaardigheidsrepertoire. Aan het uitbreiden van het vaardigheidsrepertoire gaat een gedegen analyse vooraf, zodat de training aansluit bij de wensen en mogelijkheden van de jongere (Slot e.a., 2007). Dat training belangrijk is om vaardigheiden aan te leren, komt ook uit het volgende citaat naar voren: *"De jongere gaat er ook vaak vanuit: 'Het lukt me niet'. Soms moeten jongeren bepaalde dingen weer doen om te ervaren dat het wel gaat."* (ERM1.9.8).

6.4.2 Motiverende gespreksvoering

Omdat in zorgpad 'Acute zorg' gedwongen opname voorkomt, is motiverende gespreksvoering een onmisbare methodiek in deze hulpverlening, aangezien de jongere veelal de noodzaak van behandeling niet inziet. Methodische gespreksvoering is bedoeld om verandering op gang te brengen (Miller e.a., 2005) en is gericht op het bieden van hoop (Mauritz, 2010). Hoop op verbetering van de toestand (Achilles e.a., 2006). Hoop voor de toekomst. Zoals beschreven in paragraaf 6.2 'Basisfilosofie' (pp. 46) is het bieden van hoop herstelbevorderend. De volgende vier principes zijn leidend binnen motiverende gespreksvoering:

1. Druk empathie uit
   Een empathische hulpverleningsstijl is een fundamenteel kenmerk van motiverende gespreksvoering. Empathie wordt vaak als synoniem beschouwd van het woord 'inlevingsvermogen'. Toch gaat empathie verder dan dat. Via empathie wil de begeleiding de jongere begrijpen, waarna de hulpverlener dat begrip actief terugkoppelt naar de ander. Op die manier weet en voelt de jongere dat de begeleiding hem wil begrijpen, zonder dat hij geoordeeld, bekritiseert of beschuldigd wordt (Mauritz, 2010). Butler e.a. (2010) beschrijven dit treffend met de volgende woorden: *"Uit het raam van je cliënt naar buiten kijken".* Deze empathische hulpverleningsstijl maakt de weg vrij voor verandering, doordat het een therapeutische werkrelatie smeedt en het de eigenwaarde van de jongere ondersteunt.
2. Ontwikkel discrepantie
   Discrepantie is volgens Miller e.a. (2005) de kloof tussen de huidige stand van zaken en de toestand die de jongere wenst. Verandering wordt gemotiveerd als de jongere discrepantie waarneemt. Het is belangrijk dat de jongere zelf argumenten voor verandering aandraagt. De begeleiding kan samen met de jongere een beslissingbalans opmaken waarin de voor- en nadelen van het huidige patroon en de voor- en nadelen van verandering tegen elkaar opgewogen worden. De beslissingsbalans wordt uitgewerkt in bijlage 3, figuur 4.
3. Beweeg mee met weerstand
   Volgens Miller e.a. (2005) is weerstand een signaal dat de jongere uitzendt: 'Wacht even, dit gaat te hard'. Tevens is weerstand – voor de begeleiding – een signaal voor de noodzaak van een andere benadering. Verder ondervinden alle mensen weerstand bij verandering. Weerstand is dus natuurlijk en begrijpelijk. De begeleiding moet discussie vermijden en nieuwe perspectieven uitlokken. 'Neem wat je wilt en laat de rest maar liggen!' is het advies van de begeleiding. Zo'n advies biedt ruimte aan de weerstand die de jongere ervaart. Het is belangrijk dat de jongere wordt gezien als een autonoom individu, die zelf zijn oplossingen aandraagt. Dit ligt ook verankerd in de visie van afdeling 'de Rietschans': *"Ik vind dat de jongeren als volwassenen benaderd worden. Niet als kind, maar als iemand waarmee je samen zaken mee gaat doen."* (ERM3.5.6).
4. Ondersteun persoonlijke effectiviteit
   Persoonlijke effectiviteit van de jongere is het geloof in zijn eigen vermogen om een taak met goed gevolg uit te voeren (Mauritz, 2010). Als de jongere gelooft dat verandering mogelijk is, is dat een belangrijke bron van motivatie. De begeleiding kan het zelfvertrouwen van de jongere stimuleren door in het vermogen van de jongere te geloven, zodat selffulfilling prophecy* optreedt. Het is de jongere die verantwoordelijk is voor het kiezen en uitvoeren van de verandering (Miller e.a., 2005).

In elk van bovenstaande stadia kan ambivalentie voorkomen. Ambivalentie is het conflict tussen aantrekking en vermijding. Ambivalentie is een stadium in elk veranderingsproces. Het is dan ook heel gewoon dat de jongere vastzit in ambivalentie: 'Ik kan er niet mee leven, en ik kan niet zonder'. Soms geeft de jongere toe aan het gedrag, dan weer biedt hij weerstand. Het oplossen van de ambivalentie van de jongere kan de sleutel tot verandering zijn. Hiervoor kan eveneens de – al eerder genoemde – beslissingsbalans ingezet worden. Het oplossen van ambivalentie kan echter ook een paradoxale reactie oproepen, waardoor het gedrag dat vermindert moet worden, juist versterkt. Het is daarom ook uiterst belangrijk om de jongere zelf te laten sturen en als begeleiding hierin mee te bewegen (Mauritz, 2010).

6.4.3 Systeembenadering

Onze visie is dat de jongere niet los te zien is van zijn relaties. Het systeem is onmisbaar in de behandeling (hoofdstuk 1). Ook volgens Lebow (2003) en Lange (2006) is het sociaal netwerk bij behandeling van crisisopname van groot belang. Verder onderschrijven Achilles e.a. (2006) in het 'Handboek spoedeisende psychiatrie' het belang van de systematische visie. Aspect van een crisisinterventie is dat de crisis plaatsvindt binnen een netwerk van personen. De hulp en steun komen dan ook van de directbetrokkenen van de jongere (Janzing e.a., 2005). Het sociaal netwerk is

dus essentieel voor de behandeling bij crisisopname. Het systeem moet worden erkend als een expert met betrekking tot kennis over de jongere. Professionals moeten het systeem in deze rol erkennen en raadplegen (Landelijk kenniscentrum kinder- en jeugdpsychiatrie, n.d.). Het systeem geeft namelijk input aan de behandeling van de jongere op verschillende gebieden:

1. (Emotionele) nabijheid
   Een crisisopname is voor de jongere ingrijpend. In deze periode vol chaos is het essentieel dat vertrouwde personen in de nabijheid van de jongere zijn. Die ondersteunen hem emotioneel (Oenen e.a., 2007). Dit komt tevens uit de interviews naar voren: *"Dat je in ieder geval contact met je ouders, je familie, je broertjes of zusjes hebt."* (ERM3.7.9). Verder zijn betrokkenen onmisbaar voor het doorbreken van het isolement van de jongere (Achilles e.a., 2006).
2. Feedback geven op gedrag
   Volgens Brinkman e.a. (2010) worden veel cliënten door een crisis zo in beslag genomen dat ze nauwelijks in staat zijn om te reflecteren over zichzelf, hun gedrag en hun omstandigheden. Ze zijn dan ook minder in staat om de effecten van hun gedrag in te schatten en te overzien. Volgens van Oenen e.a. (2007) is de jongere vaak ten gevolge van blikvernauwing, verwarring of uitputting beperkt in staat te reflecteren en werkt feedback vanuit het sociaal netwerk normaliserend. De normaliserende werking van het systeem wordt binnen afdeling 'de Rietschans' ook onderkent : *"Ja, zo normaal mogelijk. Want we willen ook als het kan de ouders daarin betrekken."* (ERM3.5.9). Dit komt ten goede van het realiteitsbesef van de jongere en strookt ook met de visie van GGz Centraal: *"Wij bieden een aangename, betrokken en veilige omgeving waar de cliënt zich op zijn gemak voelt."* (GGz Centraal, 2011).
3. Informatieverstrekking
   Behandeling: zo kan het sociaal netwerk een bron van informatie zijn, wat betreft het verstrekken van belangrijke informatie betreffende het ziekteverloop en het slagen of falen van eerder gedane interventies (Bernardt e.a., 2007).
   Persoonlijk: de jongere in crisis kan moeite hebben met het coderen van zijn boodschap. Voor het decoderen van relationele boodschappen in crisissituaties is achtergrondinformatie en hulp van het netwerk onmisbaar. Dit blijkt ook uit de afgenomen interviews: *"Ik denk dat hun hulp heel waardevol is voor ons."* (ERM2.9.8). Ook Lange (2000) bevestigt dit als hij het belang aangeeft om hulpbronnen in het systeem zo vroeg mogelijk te taxeren.
4. Veiligheid
   Het sociaal netwerk kan verdergaande maatregelen treffen qua veiligheid dan het begeleidend personeel. Te denken valt aan het afpakken van sleutels en het afsluiten van uitgangen. Naast dat dit juridisch niet is toegestaan, is het voor de jongere (soms) ook gemakkelijker om vrijheidsbeperkende middelen te accepteren van het bestaand systeem dan van begeleiders: *"Vaak zie je toch ook wel dat ouders iets meer ingang hebben."* (ERM2.9.6).
5. Verandering
   Als laatst is verandering alleen te realiseren als de omgeving ook veranderd. Dit verreist veranderingsbegeleiding van het systeem, wat ook in de interviews naar voren gekomen is: *"Als de rust is weergekeerd gaat een jongere stapjes maken, ouders worden daar een stukje buiten gehouden – bewust of onbewust – en die zien niet alle ontwikkeling die de jongere meemaakt."* (ERM1.9.6). Die zijn blijvend betrokken, de hulpverlening niet (Faas, 1996).

Wanneer van meet af aan de eigen krachten van het natuurlijk netwerk worden gestimuleerd, is er meer kans dat ook in de toekomst een isolement voorkomen wordt en de zelfredzaamheid en het probleemoplossend vermogen van de jongere en betrokkenen toenemen (Achilles e.a., 2006). Het volgende citaat uit de afgenomen interviews onderstreept het belang van de inzet van het sociaal netwerk: *"Wij willen zo snel mogelijk het gezin, het bestaand systeem gewoon erbij hebben. Als dat*

mogelijk is tenminste." (ERM3.7.8) Daarnaast krijgt begeleiding – als er contact met het systeem is – inzicht in de mate waarin problemen worden bekrachtigd door de directe omgeving (Lange, 2000).

Het is niet alleen van belang om het sociaal netwerk in te zetten tijdens de behandeling van de jongere, maar ook het sociaal netwerk heeft recht op steun. Het is van belang het systeem te erkennen. Erkenning voor hetgeen ze voor de jongere betekenen. Begeleiding moet daarom bereikbaar en beschikbaar zijn voor het systeem (Borgesius, 1994). Verder worden betrokkenen – tijdens en na de behandeling – dagelijks geconfronteerd met de consequenties van het gedrag van de jongere. Het sociaal netwerk heeft behoefte aan ondersteuning in de vorm van voorlichting. Dit voorkomt dat het systeem uitgeput raakt (Bernardt e.a., 2007). Uit de interviews blijkt dat werknemers van afdeling 'de Rietschans' bewust zijn van de impact van een crisisopname op zowel de jongere als het sociaal systeem. Zo wordt ondersteuning van het systeem een onmisbaar element in de behandeling genoemd: *"Maar dan niet alleen het netwerk om te kijken wat er aan de hand is, maar ook om het systeem te ondersteunen."* (ERM1.5.9). Verder wordt in de interviews benoemd dat het systeem op afstand wordt gezet. Ook kan het systeem gevoelens van angst, falen en buitensluiting ervaren: bijlage 4. Het is belangrijk om daar aandacht aan te schenken (Borgesius, 1994).

Op basis van bovenstaande informatie blijkt dat afdeling 'de Rietschans' de noodzaak van systeemgericht werken onderkent. Aan de hand van deze conclusie willen we de systematische visie – zoals onder andere beschreven in Achilles e.a. (2006) – bij de invulling van zorgpad 'Acute zorg' binnen afdeling 'de Rietschans' meenemen. Essentieel is het besef dat wettelijke vertegenwoordiger(s) niet verplicht kunnen worden tot betrokkenheid en actieve ondersteuning bij de behandeling. Als wettelijke vertegenwoordiger(s) het belang niet inzien van de systematische aanpak, moet afdeling 'de Rietschans' uiteenzetten wat de meerwaarde hiervan is voor zowel de jongere, de instelling als het systeem zelf. Wettelijke vertegenwoordiger(s) blijven uiteindelijk de verantwoordelijkheid voor de jongere houden, aangezien de bemoeienis van GGz Centraal erop gericht is om de zelfstandigheid van de jongere te vergroten (Landelijk kenniscentrum kinder- en jeugdpsychiatrie, n.d.). Medewerkers van afdeling 'de Rietschans' moeten daarom doordrongen zijn van de winst die de systematische aanpak heeft om tot een zorgvuldige kennisoverdracht richting het systeem te komen. Dit kan de betrokkenheid en inzet van het systeem vergroten. Lange (2000) ziet het systeem niet als helpend, maar zelfs als voorwaarde bij de behandeling van de jongere. Het is essentieel om de jongeren en diens sociale omgeving samen expliciet als eenheid van behandeling te beschouwen. De begeleiding richt zich op de volgende 4 niveaus van systemen (Lange, 2000):

1. Individu.
   Dit niveau betreft de jongere als individu.
2. Dyadische subsysteem.
   Het kleinste sociale systeem is dat van 2 mensen. In dit systeem wordt het gedrag van de jongere zichtbaar in de interacties tussen de jongere en zijn vader, moeder, broer of zus.
3. Gehele gezin als systeem.
   Dit niveau van het sociaal systeem omvat het gezinssysteem van de jongere. Het handelt niet over een dyadisch subsysteem, maar omvat alle onderlinge relaties binnen het sociaal systeem.
4. Gezin en zijn omgeving als systeem.
   Problemen in het gezin, dyadisch subsysteem of individu hebben vaak te maken met stress die mede door de omgeving is veroorzaakt (Lange, 2000).

Systeemtherapie wordt vaak opgevat als een behandelingsvorm waarin alle aandacht uitgaat naar interactiepatronen en de structuur van het gezin. Hier moet begeleiding voor oppassen. De kracht van de systeembenadering ligt juist in haar flexibiliteit: er zijn verschillende niveaus waarop men kan ingrijpen. Vanaf het begin van de opname en behandeling moet het systeem betrokken worden.

Als alle partijen bereid zijn tot medewerking, dan uit de systematische visie binnen afdeling 'de Rietschans' zich als volgt:

- betrekken van wettelijke vertegenwoordiger(s) bij ondertekenen van behandelplan;
- betrekken van wettelijke vertegenwoordiger(s) bij minimaal één dagelijkse activiteit, bijvoorbeeld wandelen;
- verplichten van wettelijke vertegenwoordiger(s) om dagelijks contact op te nemen met behandelaar/PB-er over de voortgang van de behandeling;
- voeren van systeemgesprek eenmaal in de 2 dagen.

Verder is het aan te raden om het systeem bij de volgende aspecten te betrekken (Landelijk kenniscentrum kinder- en jeugdpsychiatrie, n.d.):

- toezicht op het juiste gebruik van medicatie;
- opvangen van signalen over (bij)werking van medicijnen;
- signaleren van ontwikkelingen bij de jongere;
- training in aangepaste opvoedingsvaardigheden.

Het is wenselijk dat wettelijke vertegenwoordiger(s) nauw betrokken worden bij de jongere en diens behandeling. Het bezoeken van de jongere binnen zorgpad 'Acute zorg' wordt dan ook sterk aangeraden.

6.5 Modules

Zoals gezegd in paragraaf 6.4 vormen modules ook een onderdeel van de behandeling binnen zorgpad 'Acute zorg'. De modules vormen gezamenlijk een wezenlijk onderdeel van de behandeling. Afdeling 'de Rietschans' wil met de modules bereiken: *"Dat ze weer normale dingen gaan doen."* (ERM4.7.7). De modules zijn hier dan ook op gericht: *"Dus modules die aansluiten bij wat de jongere normaal zou doen."* (ERM3.6.6). Dit sluit ook aan bij onze visie, zoals beschreven in hoofdstuk 1. De geboden modules worden hieronder omschreven.

<u>Beweging</u>

Beweging is gericht op ontspanning. Ontspanning is een essentieel onderdeel in zorgpad ' Acute zorg'. Beweging wordt toch tot een aparte module gerekend – en niet opgenomen in de module 'Ontspanning' – vanwege de vooraanstaande positie in de behandeling. Onder beweging vallen de volgende onderdelen:

Wandelen

Horst (2006) beschrijft het belang van voldoende beweging en frisse lucht. Ook de interviews benoemen dit expliciet: *"Al dan niet onder begeleiding, maar gewoon lekker wandelen."* (ERM2.6.3). Bijkomend voordeel is de frisse lucht: "*Dat hij zoveel mogelijk naar buiten kan*." (ERM3.6.4). Zoals beschreven bij systeem (pp. 54-56) worden ouder(s) betrokken bij ten minste één dagelijkse activiteit. Vanwege het ontspannende karakter leent wandelen zich daar goed voor.

Fitness

Afdeling 'de Rietschans' krijgt een aparte fitnessruimte. Uit de interviews komt naar voren dat dit belangrijk is voor de jongere: *"De ruimte krijgt om te sporten."* (ERM3.6.5). En: *"Ontspanning, bewegen; bewegen moet sowieso erin."* (ERM4.7.1). De fitnessruimte bevindt zich op de open afdeling, zodat de jongere zo weinig mogelijk op de gesloten afdeling is.

Overig

Onder overige ontspanning valt de tafeltennistafel, voetbaltafel en poolbiljart. Deze vormen van ontspanning zijn onderdeel van de dagbesteding van de jongere en sluiten aan bij de normale wereld: *"Dus bewegen, ontspanning, een potje tafeltennis. Gewoon je normale ding doen."* (ERM4.7.2).

Ontspanning
Het is belangrijk om de structuur van het dagelijks leven van de jongere op te nemen. Slot e.a. (2007) noemen dit het oppakken van de dagelijkse routine. Zoals eerder beschreven is het belangrijk voor de jongere om zijn vrije tijd goed door te komen. Dit kan met behulp van de TV, de computer en de WI (Molenaar, 2011).

Deze mogelijkheden tot ontspanning staan in de huiskamer. Wanneer de jongere overprikkelt raakt door deze ontspanningsmogelijkheden, wordt daar individueel een plan op gemaakt: terugtrekken, rustmomenten inbouwen of wandelen.

Roken
De jongere die rookt, heeft ook op 'Acute zorg' behoefte aan roken. Roken kan bij crisisopnames de spanning reduceren (Molenaar, 2011). Afdeling 'de Rietschans' heeft geen rookruimte, maar biedt wel de mogelijkheid om te roken. De begeleiding gaat met de jongere naar buiten om te roken. Indien dit niet mogelijk is, is er een ommuurde binnenplaats waar de jongere zelfstandig kan roken.

Activiteiten
KTB
KTB is gericht op daginvulling. De creatief therapeut is verantwoordelijk voor een zinvolle dagbesteding van de jongere: *"Creatief, KTB of PMT zouden wel kunnen, maar meer van: 'Dan heb je een daginvulling' en niet met de onderliggende gedachte dat deze modules behandeling zijn."* (ERM1.6.8). De creatief therapeut is receptief bezig. Dat houdt in dat de jongere via zintuiglijke waarneming film of muziek beleeft (Behrend, 2008).

PMT
Ook wordt gebruik gemaakt van een bewegingstherapeut in zorgpad 'Acute zorg'. Deze wordt beginnend therapeutisch ingezet. De jongere kan hier namelijk gericht en op verantwoorde manier zijn energie kwijt. Behrend (2008) benoemt dit als de expressieve manier van muzisch werken*. De interviews onderbouwen dit: *"Het is gewoon lekker om je met PMT even te uiten."* (ERM1.6.10). Zo kunnen agressie-incidenten gedeeltelijk voorkomen worden (Janzing e.a., 2005 en Molenaar, 2011).

Koken
Koken is gericht op herstel van het gewone leven (Horst, 2006). De jongere ruikt de – wellicht bekende – etensgeuren. Dit zorgt voor trek. De jongere wordt voorbereid op de maaltijd. Verder maakt de maaltijd ook onderdeel uit van de dagelijkse routine: *"Dat ze aanwezig zijn bij de maaltijden [...]"* (ERM3.5.10). Verder brengt koken veel andere taken met zich mee, welke beschreven staan bij 'Bezigheid en werk' (pp. 51).

Corvee
Een goed corveerooster past in de dagelijkse routine (Haspels, 2003). Wanneer de jongere het aankan, wordt hier een individueel corveerooster op gemaakt. Individueel want: *"Je kan alleen maar een individueel plan maken op acute zorg."* (ERM4.7.3).

Persoonlijke verzorging
Horst (2008) benoemt dat de jongere zich moet kunnen redden met persoonlijke verzorging. Het is van belang om een duidelijk stappenplan te ontwikkelen (Haspels e.a., 2003). De jongere kan moeite hebben met douchen. Het is helpend om als groepsleiding deze activiteit te structuren (Haspels e.a., 2003). De begeleiding neemt de jongere bij de hand en werkt stap voor stap de activiteit af.

Persoonlijke verzorging wordt – indien de jongere dit aankan – uitgebreid met het opruimen en schoonmaken van zijn kamer en het wassen van zijn kleding.

6.6 Middelen en maatregelen

Alle bovenstaande modules zijn gericht om de kans op decompensatie* af te doen nemen. Mocht het toch voorkomen, dan is directief ingrijpen – en in sommige gevallen separeren – van node. Hiertoe worden middelen en maatregelen ingezet. Het betreft ingrijpende maatregelen die de autonomie van de jongere verminderen. Dat is binnen zorgpad 'Acute zorg' – ondanks het streven dit niet toe te passen – niet te voorkomen. In 6.6.1 wordt beschreven hoe crisissituaties gestructureerd kunnen worden. In 6.6.2 wordt uiteengezet hoe afdeling 'de Rietschans' deze middelen en maatregelen inkleedt. Ten laatste wordt in 6.6.3 beschrijft het spanningsveld tussen het inzetten van middelen en maatregelen en de autonomie van de jongere.

6.6.1 Structureren crisis

Crisissituaties zijn doorgaans chaotisch en verwarrend voor zowel de jongere, zijn medegroepsgenoten als de begeleiding (Bernhardt e.a., 2007). Het is helpend om de crisissituatie te structureren aan de hand van het model van Abroms. Abroms verdeelt het gedrag van de jongere in een vijftal categorieën, welke ook wel de 5 D's van Abroms worden genoemd. Deze D's geven zowel de volgorde van ernst van het gedrag aan als de volgorde van ingrijpen en behandelen. De begeleiding moet zich afvragen in welke categorie het gedrag van de jongere valt. De categorieën (van meest ernstig tot minst ernstig) betreffen:

1. Destructief gedrag.
   Janzing e.a. (2005) beschrijven dat Abroms hier allerlei vormen van destructief gedrag onder verstaat. Te denken valt aan: moord, zelfmoord, lichamelijk geweld, automutilatie en het aanrichten van ernstige vernielingen.
2. Desorganisatie van het gedrag.
   Dit is denken en handelen wat niet op de realiteit is georiënteerd. Hierbij valt te denken aan wanen en hallucinaties. De jongere is onmachtig om zich aan de eisen van zijn omgeving aan te passen.
3. Deviant of regelverbrekend gedrag.
   Dit gedrag is gericht op het oplossen van problemen door anderen aan te vallen, regels te overtreden en afspraken niet na te komen.
4. Dysfoor gedrag.
   De jongere trekt zich terug. Er is geen belangstelling voor wat er in de omgeving gebeurd. De jongere is erg op zichzelf gericht.
5. Dependentie of afhankelijk gedrag.
   De jongere leeft op motiverende krachten van de ander en ontloopt zijn verantwoordelijkheid rondom zijn eigen doen en laten.

Wanneer helder is in welke categorie(ën) het gedrag van de jongere valt, wordt er geïntervenieerd op het meest ernstige gedrag. Als de jongere zowel destructief als deviant gedrag vertoont, moet de begeleiding interveniëren op het destructieve gedrag. Wanneer dat gedrag onder controle is, is er aandacht voor het deviante gedrag. Anders gezegd: de mate van ernst van het gedrag bepaald dus ook de volgorde van ingrijpen (Janzing e.a., 2005).

6.6.2 Toepassen middelen en maatregelen

Het toepassen van middelen en maatregelen bij de jongere wordt als ingrijpend ervaren. De jongere die geïsoleerd wordt, ervaart doorgaans angst, pijn en vernedering (Abma e.a., 2005). Verder is het toepassen van middelen en maatregelen belastend voor de begeleiding. Daarom moet – en omdat de wet dit gebiedt – altijd gekozen worden voor de minst ingrijpende middelen en maatregelen. Deze zijn nader omschreven in deelvraag 3, 'Middelen en maatregelen' (pp. 35). Om middelen en maatregelen toe te passen is een RM of een IBS benodigd (zie hoofdstuk 4).

<u>Chill-outruimte</u>

Afzondering is het insluiten van de jongere in een eenpersoonskamer voor verzorging, verpleging of behandeling (Achilles e.a., 2006). Afdeling 'de Rietschans' heeft hiervoor de chill-outruimte.

Afzondering in deze ruimte heeft de voorkeur omdat het minder ingrijpend is als separeren. In tegenstelling tot de separeerruimte:

- mag de jongere in de chill-outruimte voorwerpen als boeken of spelcomputer meenemen;
- beslist de jongere zelf of hij in de chill-outruimte gaat;
- beslist de jongere zelf wanneer hij eruit gaat;
- staat de deur meestal open.

Separeerruimte

Een andere vorm van afzondering is het separeren. Volgens Achilles, e.a. (2006) is separatie het insluiten van de jongere in een – als separeerverblijf goedgekeurde – ruimte. Het is een prikkelarme omgeving met een minimum aan voorwerpen. In deze ruimte moet een reglement hangen. Dit reglement geeft duidelijkheid over de gang van zaken tijdens het separeren. De jongere kan dit lezen. Afdeling 'de Rietschans' ontwikkelt een protocol omtrent separeren. Tevens ontwikkelt afdeling 'de Rietschans' protocollen die gericht zijn op het voorkomen van separatie: "*Je moet zo kort mogelijk separeren, want dan heeft het effect.*" (ERM2.9.19).

Belangrijke aandachtspunten volgens Haspels e.a. (2003) bij het apart zetten zijn:

1. Neutrale en niet-bestraffende opstelling om onnodige strijd of angst te voorkomen.
2. Gebruik apart zetten om de situatie te doorbreken en escalatie te voorkomen, niet om te straffen.
3. Stel je verbaal en non-verbaal zo duidelijk en beslist mogelijk op: geef geen onderhandelingsruimte.
4. Geef positieve feedback voor het meewerken en apart zetten.

De jongere reageert sterker op non-verbale signalen dan op de inhoud van de boodschap. De positie ten opzichte van de jongere is dan ook essentieel: centrale positie met voldoende afstand waarin oogcontact mogelijk is (± 1 meter). Als de jongere in crisis geen oogcontact wenst, is het raadzaam dit ook niet af te dwingen (Slot e.a., 2007).

Bewegingen van de begeleiding dienen voorspelbaar te zijn. Dit verhoogt het veiligheidsgevoel van de jongere. Trage bewegingen suggereren rust. Hoewel in crisis de neiging groot is om snelle bewegingen te maken, is het juist noodzakelijk om extra traag te bewegen ter bevordering van de rust. (Slot e.a.,2007).

Elke separatie wordt geëvalueerd. In deze evaluatie wordt vooral besproken hoe afdeling 'de Rietschans' deze separatie kon voorkomen.

Fixatie

Fixatie is het beperken van de bewegingsmogelijkheden door (tijdelijk) vasthouden of vastbinden van de jongere. Fixatie wordt bij afdeling 'de Rietschans' niet toegepast (Molenaar, 2011).

Dwangmedicatie

Deze vorm van middelen en maatregelen komt vermoedelijk geregeld voor. Wanneer de jongere geen medicatie wil innemen en dit toch nodig blijkt te zijn, verplicht afdeling 'de Rietschans' de jongere hiertoe.

Gedwongen voedsel of vochttoediening

Het toedienen van voedsel of vocht komt sporadisch voor. Als dit bij de jongere op afdeling 'de Rietschans' voorkomt, wordt de jongere doorverwezen naar de ziekenboeg van GGz Centraal of naar het ziekenhuis (Molenaar, 2011).

De beoordeling wanneer bovenstaande middelen en maatregelen ingezet worden, is gegrond in de rechtscriteria. De maatregel wordt getoetst aan de volgende criteria:

- doelmatigheid: wordt het gevaar er werkelijk mee afgewend?
- proportionaliteit: staat het gedrag in proporties tot de voorgenomen maatregel?
- subsidiariteit: is een minder ingrijpende maatregel ook doelmatig?

Volgens Achilles, e.a. (2006) is het toepassen van middelen en maatregelen een proces van onderhandeling. Vooraf moet begeleiding onderzoeken of een vrijwillige overeenkomst met de jongere mogelijk is. Dit wordt in de interviews ook expliciet genoemd: *"En je moet het altijd in samenspraak doen." (*ERM4.9.3).

Zoals beschreven in hoofdstuk 4, moet de inzet van middelen en maatregelen gemeld worden aan de IGZ.

Verdere middelen en maatregelen zoals controles aan het lichaam en post innemen (nader beschreven in hoofdstuk 4) zet afdeling 'de Rietschans' niet in. Afdeling 'de Rietschans' heeft dit besloten aan de hand van de visie: *"Ik vind dat de jongeren als volwassenen benaderd worden."* (ERM3.5.6) en: *"We moeten [...] een gangbare omgeving hebben."* (ERM3.5.8).

6.6.3 Overnemen zorg en autonomie

De missie van GGz Centraal is als volgt: "GGz Centraal behandelt, begeleidt en ondersteunt mensen met psychische problemen opdat zij de regie over hun eigen leven kunnen houden." (GGz Centraal, 2011). Regie over eigen leven en toepassen van middelen en maatregelen, gaat dat samen? Een medewerker van afdeling 'de Rietschans' verwoordt het als volgt: *"De visie kan je gewoon handhaven. Alleen zul je, je professie aan moeten scherpen en het op sommige momenten overnemen. Maar daarbij blijft de visie bestaan dat de autonomie hoog moet zijn. Alleen bepaal je de hoogte vanuit je deskundigheid."* (ERM4.9.1). Er wordt opgemerkt dat autonomie altijd een leidraad moet blijven. Als de situatie het toelaat, behoud de jongere die autonomie. Een medewerker van afdeling 'de Rietschans' verwoordt dat juist door het overnemen van zorg, gewerkt kan worden aan de autonomie van de jongere: *"Je neemt natuurlijk niet zomaar de verantwoordelijkheid van iemand over. Daar zit natuurlijk ook een gedachte achter. Dat het dan uiteindelijk beter gaat met een jongere dat hij weer uiteindelijk zelf de regie krijgt eigenlijk. Dus dan draag je daar uiteindelijk toch ook aan bij."* (ERM2.9.5).

Samenvatting

Het hoofddoel van de crisisopname is het herstel van evenwicht. Afdeling 'de Rietschans' specificeert de doelstelling als volgt: gevaar afwenden, psychiatrische stoornis observeren en behandeling starten. Die doelstellingen liggen verankerd in de basisfilosofie van GGz Centraal: het herstelondersteunend milieu. Herstellen is geen methodiek, maar omvat het proces van de jongere. De IRB – en indirect de milieurehabilitatie – bevorderd dit herstel door de jongere te ondersteunen in het verkennen, kiezen, verkrijgen of behouden van zijn leerdoelen. Vervolgens wordt de basisbehandeling beschreven: 'Wat zijn de meest basale principes in de behandeling van de jongere in zorgpad 'Acute zorg'?'. Rust en structuur zijn de twee pijlers van de behandeling in zorgpad 'Acute zorg'. Structuur wordt bepaald door de dagelijkse routine en de leefgroepregels. De behandeling wordt vormgegeven middels methodieken, modules en middelen en maatregelen. Bij methodieken worden het competentiemodel, motiverende gespreksvoering en de systeembenadering uitgewerkt. Deze methodieken kunnen het evenwicht doen herstellen. Ook de modules bevorderen het herstel van het evenwicht van de jongere: beweging, ontspanning, roken, activiteiten, seks en persoonlijke verzorging. In zorgpad 'Acute zorg' worden naast deze modules ook middelen en maatregelen ingezet. In zorgpad 'Acute zorg' krijgen deze middelen en maatregelen vorm door de chill-outruimte, separeerruimte, fixatie, dwangmedicatie en gedwongen inname van vocht en voedsel.

Nadat de behandeling van de jongere in zorgpad 'Acute zorg' is uitgewerkt, richt de beschrijving in het volgende hoofdstuk zich op een specifiek onderdeel van de behandeling: de begeleiding.

Hoofdstuk 7: Behandelaars

In hoofdstuk 6 is beschreven hoe de behandeling vormgegeven wordt. Dit hoofdstuk zet uiteen welke bijdrage de verschillende disciplines in de behandeling van de jongere in zorgpad ´Acute zorg´ leveren. In dit hoofdstuk wordt deelvraag 6 uitgewerkt: 'Welke personen vervullen een functie binnen het zorgpad 'Acute zorg'?'. Evenals hoofdstuk 5 en 6 is dit hoofdstuk vormgegeven op basis van literatuuronderzoek en documentenonderzoek. Eerdergenoemde notulen zijn leidend om dit hoofdstuk vorm te geven. In 7.1. wordt uitgelegd dat de relatie van de verschillende disciplines met de jongere het therapeutische aspect vormt. Daaropvolgend, in paragraaf 7.2 wordt de inzet van het multidisciplinaire team beschreven. Dit hoofdstuk wordt vervolgd met een uitwerking van de attitude*, kennis en vaardigheden van de begeleiding in paragraaf 7.3 en sluit af met een samenvatting.

7.1 Relatie

Hordijk (2011) en Janzing e.a. (2005) beschrijven dat de behandeling in de acute zorg is gericht op het verminderen van de symptomen en het aangaan van een relatie. Volgens Janzing e.a. (2005) en Terlouw e.a. (2009) vormt het aangaan van een relatie het therapeutische aspect. Hier sluit onze visie – zie hoofdstuk 1 – naadloos bij aan. In deze relatie worden immers mogelijkheden geboden om te ontwikkelen. Al die disciplines moeten aandachtig en toegewijd zijn (Droës e.a., 2008). Het 'er zijn' is de basis van de behandeling binnen het zorgpad 'Acute zorg'. Dit vertoont raakvlakken met de theorie van de presentie. De presentietheorie onderstreept het belang van het beschikbaar zijn (Baart, 2001). Deze stelt dat de disciplines onder andere:

- de jongere volgt;
- aansluit bij de jongere;
- afstemt op het doel van de jongere;
- de jongere erkent en actief een relatie aangaat.

Uit bovenstaande valt te concluderen dat de jongere leidend is in zijn eigen leerproces. Dit moet de attitude wezen waaruit begeleiding uit de verschillende disciplines in zorgpad 'Acute zorg' werkt. Het 'er zijn' voor de jongere. Ook het aangaan en behouden van contact is een essentieel onderdeel van de presentietheorie (Baart, 2001). Dit wordt in de interviews ook benadrukt: *"Je moet het altijd in samenspraak doen."* (ERM4.9.3). Kortom: de jongere leidt zijn proces, de begeleiding volgt. Dit sluit aan bij de visie van de rehabilitatiebenadering, die nader uitgewerkt is bij 'Basisfilosofie' (pp. 46).

Een nuancering is hier op zijn plaats. Is het altijd mogelijk om de jongere te laten leiden? Het antwoord hierop is helder; nee: *"Je hebt verpleegkundigen nodig die dat spanningsveld, die autonomie overnemen want - dat is echt - in een gesloten afdeling is dat goed."* (ERM3.9.1). Het besef dat directief optreden binnen zorgpad 'Acute zorg' voorkomt, is noodzakelijk. De jongere die inadequaat gedrag vertoond kan – als hij ongestoord zijn gang gaat – zowel de veiligheid van zichzelf en die van anderen schaden (Slot e.a., 2007). Verder zijn de interventies in de beginfase van het zorgpad 'Acute zorg' gericht op het verminderen van de symptomen en het vervullen van de basisbehoeften (Hordijk, 2010). Volgens Janzing e.a. (2005) is het voeren van gesprekken pas aan de orde als de symptomen verminderen en er duidelijker contact mogelijk is. Desondanks is het belangrijk om de attitude van de presentiebenadering vast te houden: *"De visie kan je gewoon handhaven. [...] Alleen bepaal je de hoogte vanuit je deskundigheid."* (ERM4.9.1).

7.2 Multidisciplinair team

In deze paragraaf wordt stilgestaan bij het belang van de inzet van een multidisciplinair team. Allereerst worden de verschillende disciplines van het multidisciplinair team beschreven in 7.2.1. Vervolgens wordt in 7.2.2 het takenpakket van de verschillende disciplines in het multidisciplinaire team weergegeven. Deze paragraaf sluit af met 7.2.3 waar de vormen van overleg uitgewerkt zijn.

7.2.1 Disciplines binnen multidisciplinair team

De inzet van het multidisciplinair team binnen de crisisopvang is onmisbaar. Iedere discipline heeft zijn eigen specialisme en daardoor wordt er vanuit verschillende invalshoeken naar de jongere gekeken (Janzing e.a., 2005). Uit interviews is gebleken dat afdeling 'de Rietschans' waarde hecht aan gekwalificeerd personeel: *"Wat belangrijk is dat je er goed personeel op zet: gekwalificeerd personeel binnen het zorgpad."* (ERM2.5.1). Dit is een taak van het 'Hoofd Beheer Cluster Adolescenten'. Het 'Hoofd Beheer Cluster Adolescenten' is belast met de personele bezetting, de jongerenbezetting, de in- en uitstroom van de jongeren en het gebouw op zich. Samengevat is hij de afdelingsleiding voor het beheer.

Binnen de crisisopvang staat doorgaans een behandelcoördinator aan het hoofd: een psychiater of psycholoog. Hij ziet toe op de ontwikkeling en uitvoering van het behandelprogramma. In crisissituaties werkt de jongere doorgaans niet actief mee met de totstandkoming van het plan, daarom wordt dit – in plaats van een behandelovereenkomst – een behandelplan genoemd (Janzing e.a., 2005). De behandelaar bij afdeling 'de Rietschans' is een kinder- en jeugdpsychiater, die verantwoordelijk is voor de (coördinatie van de) zorg binnen zorgpad 'Acute zorg' en als aanspreekpunt voor het begeleidend personeel fungeert. Wanneer er overleg noodzakelijk is en de kinder- en jeugdpsychiater niet aanwezig is, wordt overleg gepleegd met zorgpad 'Diagnostiek' of het zorgplein (Molenaar, 2011). De behandelaar werkt nauw samen met het 'Hoofd Beheer Cluster Adolescenten' van afdeling 'de Rietschans'. Verder werkt de behandelaar samen met het begeleidend personeel. Begeleidend personeel bestaat veelal uit personen met SPH-, SPV- of verpleegkundige kwalificatie, welke belast zijn met de uitvoering van het opgestelde behandelplan: *"Onze kinderpsychiater zal het samen met de verpleging gaan bekijken van: 'Wanneer is het gevaarscriterium?"* (ERM3.9.12). Deze samenwerking is onmisbaar om tot een kwalitatief hoogwaardige zorg te komen. Dit blijkt ook uit de interviews: *"Medewerkers moeten goed van elkaar op de hoogte zijn."* (ERM3.8.7).

Het begeleidend personeel werkt niet alleen nauw samen met de behandelaar en het 'Hoofd Beheer Cluster Adolescenten', maar ook met elkaar. Afdeling 'de Rietschans' streeft naar de inzet van een vast team in zorgpad 'Acute zorg'. Dit verschaft veiligheid voor begeleiders binnen zorgpad 'Acute zorg' opdat bij incidenten duidelijk is wie welke taak heeft en er adequaat gehandeld wordt. Verder versterkt een vast team de oriëntatie op persoon bij de jongere (Janzing e.a., 2005). Het is van belang dat er in zorgpad 'Acute zorg' altijd een verpleegkundige wordt ingeroosterd zodat voorbehouden handelingen – zoals het geven van injecties – uitgevoerd kunnen worden (Wet BIG, art. 36, lid5).

Verder worden er doorgaans ook non-verbale therapeuten ingezet bij de behandeling. In zorgpad 'Acute zorg' binnen afdeling 'de Rietschans' wordt een creatief therapeut bij de behandeling betrokken. Deze is verantwoordelijk voor een zinvolle dagbesteding van de jongere. Ook wordt er gebruik gemaakt van een bewegingstherapeut in zorgpad 'Acute zorg'. Deze wordt beginnend therapeutisch ingezet. Hierover meer in 'Beschrijving modules' (pp. 15).

De systeemtherapeut – verbonden aan afdeling 'de Rietschans' – wordt hoogst waarschijnlijk niet in zorgpad 'Acute zorg' ingezet. Reden hiervoor is dat dit niet met de doelstellingen van zorgpad 'Acute zorg' overeenkomt (pp. 46). Systeemtherapie vindt plaats als de situatie van de jongere is gestabiliseerd. Het systeem wordt door de SPV-er opgevangen. De SPV-er verstrekt ook informatie aan het systeem.

Kar e.a. (2003) beschrijven het belang van de inzet van een ervaringsdeskundige. In 'Basisfilosofie' (pp. 46) wordt beschreven dat de aanwezigheid en ondersteuning van een persoon die begrijpt wat de jongere meemaakt, een waardevolle toevoeging is in de behandeling van de jongere bij afdeling 'de Rietschans'. Afdeling 'de Rietschans' maakt geen gebruik van ervaringsdeskundigen.

Het is mogelijk dat de jongere gebruikt maakt van een pastoraal medewerker. Deze medewerker is niet aan afdeling 'de Rietschans' verbonden maar werkt in een afdelingsoverstijgend team binnen GGz Centraal. Aan de hand van de wensen en behoeften van de jongere kan een pastoraal medewerker ingeschakeld worden. Tevens is het mogelijk dat iemand buitenom het team pastorale zorg verleent. Zo kan er iemand van de eigen kerkelijke gemeente langskomen.

Ook heeft de jongere recht op een PVP. Dit staat beschreven in hoofdstuk 4, onder het kopje 'Patiëntenvertrouwenspersoon' (pp. 37).

7.2.2Takenpakket

Omdat er bij de behandeling van de jongere veel mensen betrokken zijn, is het belangrijk om duidelijk vast te leggen wie verantwoordelijk is voor welke taken.

- Behandelaar: opstellen behandelingsplan en toezien op de uitvoering hiervan.
- Psychiater: eindverantwoordelijke zorgpad 'Acute zorg'.
- 'Hoofd Beheer Cluster Adolescenten': personele bezetting, jongerenbezetting, in- en uitstroom van de jongere en de staat van het gebouw.
- Creatief therapeut: aanbieden zinvolle dagbesteding.
- Bewegingstherapeut: aanbieden zinvolle dagbesteding en beginnend therapeutisch interveniëren.
- Pastoraal medewerker: geestelijke ondersteuning bieden.
- Begeleiding: uitvoeren van behandelingsplan.
- SPV-er: opnamegesprek voeren en onderhouden contacten met het systeem.

7.2.3 Overleg

Alle bovenstaande disciplines moeten samenwerken. Samenwerken betekent dat er regelmatig overleg moet plaatsvinden. Slecht overleg leidt tot gebrek aan samenhang binnen de behandeling van de jongere, waardoor het behandelmilieu verliest aan structuur en duidelijkheid. Volgens Janzing e.a. (2005) is het doel van overleg dat de doelstellingen van het therapeutisch milieu bewaakt worden. Daar zijn de 3 volgende besprekingen noodzakelijk:

1. Naam: beleidsbespreking/werkbespreking.
   Inhoud: bespreking rondom beleidsvragen zoals de organisatie van de therapieën, het dienstrooster, de rapportage en de overdracht.
2. Naam: behandelingsbespreking.
   Inhoud: in aanwezigheid van de PB-er, behandelaar, ouder(s) en de jongere zelf wordt de behandeling besproken: 'Kan de jongere doorstromen naar een ander zorgpad?'.
3. Naam: samenwerkingsbespreking/intervisie.
   Inhoud: handelt over het functioneren van teamleden onderling en het functioneren van het team ten opzicht van de jongere.

Afdeling 'de Rietschans' vult bovenstaande besprekingen aan met besprekingen die draaien rondom kennisoverdracht, namelijk:

4. Naam: methodiek.
   Inhoud: belangrijke actuele onderwerpen worden behandeld zoals het omgaan met drugs.
5. Naam: methodiek per zorgpad.
   Inhoud: de ontwikkelingen en behandelmethoden per zorgpad worden besproken.
6. Naam: werkbespreking behandelteam (WBBT).
   Inhoud: deze bespreking draait om het overkoepelende beleid.

Alle besprekingen vinden regelmatig en op een vast tijdstip plaats: iedere bespreking start om 15:00 uur op dinsdag of donderdag. Bij deze besprekingen moeten alle teamleden – die bij de behandeling betrokken zijn – zoveel mogelijk aanwezig zijn. Het is van belang om continuïteit in de behandeling te waarborgen. Dit wordt mede gewaarborgd door teamleden die dezelfde boodschap richting de

jongere uitzendt (Janzing e.a., 2005). Dit blijkt ook uit een interview: *"Met één mond spreken, want het vertrouwen is vaak bij de jongere zoek."* (ERM4.7.10).

In zorgpad 'Acute zorg' is er iedere dag een overleg: het Dagelijks Overleg (DO). 'Hoofd Beheer Cluster Adolescenten', de behandelaar en een verpleegkundige toetsen in dit overleg of er nog sprake is van een crisis. De behandelaar neemt hier de eindbeslissing in. Wanneer dit niet zo blijkt te zijn, worden stappen gezet richting een vervolgbehandeling. Deze procedure wordt in het hoofdstuk 8 beschreven.

7.3 Begeleiding

Omdat de jongere veelal met de begeleiding in aanraking komt, wordt in deze paragraaf de begeleiding nader uitgewerkt. In 7.3.1 wordt de attitude van de begeleiding omschreven. De kennis van de begeleiding staat in 7.3.2 en de vaardigheden in 7.3.3. De begeleiding in zorgpad 'Acute zorg' is gedurende 24-uur per dag, 7 dagen per week aanwezig.

7.3.1 Attitude

Begeleiding moet – zoals eerder beschreven – present zijn: aandachtig en toegewijd (Droës e.a., 2008). Het 'er zijn' van de begeleiding is de basis van de behandeling binnen het zorgpad 'Acute zorg'. De attitude van de begeleiding in de verschillende fasen van herstel, zoals beschreven in 'Basisfilosofie' (pp. 46) ziet er als volgt uit:

1. Overweldigd worden door de aandoening: de begeleiding leidt, de jongere volgt. Graste (2002) noemt dit overnemen van de zorg. Verder stimuleert de begeleiding de jongere om – waar mogelijk – 'eigen leider' te zijn (Remmerswaal, 2006).
2. Worstelen met de aandoening: samenwerking tussen de jongere en de begeleiding, op basis van gelijkwaardigheid. De begeleiding en de jongere zijn wisselend leidend. De begeleiding draagt verantwoordelijkheden aan de jongere over en stimuleert de jongere om vaardigheden te ontwikkelen (Graste, 2002).
3. Leven met de aandoening: de jongere leidt, begeleiding volgt. Begeleiding ondersteunt en neemt meer afstand, zodat de jongere met recht 'eigen leider' is.
4. Leven voorbij de aandoening: de jongere leidt, begeleiding volgt.

Dit is een gestandaardiseerde weergave van de attitude van de begeleiding. Essentieel is het besef dat deze standaard niet in alle situaties gehandhaafd kan worden. Het moet echter wel het streven zijn van de begeleiding om de bovengeschreven attitude per fase te hanteren.

Het is van belang dat begeleiding de jongere stimuleert om zijn verhaal te verwoorden. Het belang van dit verhaal wordt door bijna alle auteurs over herstel naar voren gebracht (Boevink, 2006).

7.3.2 Kennis

De kennis waarover begeleiding binnen zorgpad 'Acute zorg' moet beschikken staat in hoofdlijnen beschreven, namelijk:

1. Basisfilosofie.
   Beschreven staat in 'Basisfilosofie' (pp. 46).
2. Levensfase van de jongere en de bijbehorende ontwikkelingstaken.
   De ontwikkelingstaken staan beschreven bij 'Competentiemodel' (pp. 52).
3. Medicatie en bijwerkingen.
4. Methodieken.
   Draait voornamelijk om competentiemodel (pp. 52), motiverende gespreksvoering (pp. 53) en systematische visie (pp. 54-56).
5. Protocollen.
   Voornamelijk omtrent separeren en fixeren, beschreven in paragraaf 6.6.2 'Toepassen middelen en maatregelen' (pp. 59-61).
6. Psychiatrische ziektebeelden.

7. Psychosomatische klachten.
8. Uitbreiden en intrekken vrijheden.

7.3.3Vaardigheden

Ongetwijfeld is er een breed scala aan vaardigheden op te noemen waarover de begeleiding binnen 'Acute zorg' moet beschikken. Er is gekozen om dit te beperken tot een vijftal onmisbare vaardigheden, namelijk:

1. Conflict- en agressiehantering.
2. Motiveren.
   Dit staat beschreven bij 'Motiverende gespreksvoering' (pp. 53)
3. Overzicht houden.
4. Separeren en fixeren.
5. Stressbestendig zijn.

Een basis van de vaardigheden van de begeleiding is communiceren. Observaties en interpretaties moeten worden vertaald naar de behandelaar om zorg op maat te realiseren (Molenaar, 2011).

Verder is het belangrijk om – wanneer de jongere in crisis komt – stil te staan bij de impact van een crisis op de overige jongeren. De begeleiding moet de andere jongeren inlichten als er een nieuwe jongere arriveert. Als één van de jongeren tijdens het verblijf in zorgpad 'Acute zorg' apart gezet wordt, is het van groot belang om de andere jongeren te informeren over de duur hiervan. De begeleiding instrueert daarbij gelijk de jongeren: 'Hoe moeten zij reageren als de jongere die apart gezet is, terugkomt?' (Haspels e.a., 2003). Bij ernstige crisissituaties is het aan te bevelen snel een apart groepsoverleg te organiseren (Slot e.a., 2007).

Samenvatting

Het multidisciplinair team bestaat uit de behandelaar, psychiater, 'Hoofd Beheer Cluster Adolescenten', creatief therapeut, bewegingstherapeut, pastoraal werker, SPV-er en overige begeleiding. Het aangaan van een relatie is het therapeutische aspect in 'Acute zorg'. Alle bovenstaande disciplines van het multidisciplinaire team moeten richting de jongere aandachtig en toegewijd zijn. Het 'er zijn' en het contact met de jongere vormt de basis van de behandeling binnen het zorgpad 'Acute zorg'. Dit komt overeen met de presentiebenadering. Het streven is om de jongere leidend te laten zijn in zijn eigen leerproces, al is dit in 'Acute zorg' niet altijd mogelijk. Verder is de inzet van het multidisciplinair team binnen crisisopvang onmisbaar omdat iedere discipline zijn eigen specialisme heeft. Daardoor wordt er vanuit verschillende invalshoeken naar de jongere gekeken. Echter, samenwerking is onmisbaar! Wanneer verschillende disciplines de jongere verschillend benaderen, brengt dit schade toe aan de structuur van de behandeling. Om dit te voorkomen vinden verschillende vormen van overleg plaats. De jongere heeft vooral contact met de begeleiding. De attitude van de begeleiding is `er zijn´. Verder zijn specifieke kennis en vaardigheden gericht op onvrijwillige opname van groot belang.

Als het herstel van evenwicht is bereikt, wordt de behandeling in zorgpad 'Acute zorg' beëindigd. Hoe het proces van beëindiging verloopt, staat beschreven in hoofdstuk 8.

Hoofdstuk 8: Aansluiting

In voorgaande hoofdstukken is beschreven hoe de behandeling op `Acute zorg´ eruit ziet. Dit hoofdstuk beschrijft hoe de behandeling in `Acute zorg´ wordt afgerond. In dit hoofdstuk wordt deelvraag 7 beantwoord: `Hoe sluit het zorgpad 'Acute zorg' aan op de bestaande zorgpaden?´. Dit hoofdstuk is vormgegeven op basis van hoofdstuk 2 en aan de hand van de interviews met personeelsleden van afdeling 'de Rietschans'. Paragraaf 8.1 beschrijft het afsluiten van de behandeling in zorgpad `Acute zorg´. In 8.2 wordt ingegaan op het doorverwijzen naar één van de andere zorgpaden van afdeling `de Rietschans´. De laatste paragraaf – paragraaf 8.3 – zet uiteen hoe de daadwerkelijke overplaatsing tot stand komt. Ook dit hoofdstuk sluit af met een samenvatting.

8.1 Afsluiten van zorg

In 6.1 `Doelstellingen´ worden de doelstellingen van zorgpad `Acute zorg´ beschreven. Wanneer deze doelstellingen zijn bereikt, wordt de behandeling binnen zorgpad `Acute zorg´ afgesloten. In paragraaf 8.2 en 8.3 wordt uitgewerkt hoe het proces van overplaatsing van de jongere binnen afdeling `de Rietschans´ verloopt.

Echter, niet iedere jongere wordt overgeplaatst naar een vervolgbehandeling bij een zorgpad van afdeling `de Rietschans´. De zorg binnen afdeling `de Rietschans´ wordt afgesloten in de hieronder beschreven situaties.

1. Wanneer blijkt dat de hulpvraag van de jongere niet overeenkomt met het aanbod van afdeling `de Rietschans´, wordt de jongere doorverwezen. Voorbeeld hiervan is de jongere met een dubbeldiagnose psychiatrie en verstandelijke beperking.
2. Wanneer blijkt dat de oorzaak van de crisis niet in een psychiatrische stoornis, maar in problemen bij de opvoeding, neemt BJZ de zorg over (Molenaar, 2011).
3. Wanneer blijkt dat er – in tegenstelling tot het vermoeden – toch geen psychiatrische stoornis aan de crisis ten grondslag ligt, gaat de jongere naar de thuissituatie. De zorg wordt dan overgedragen aan de huisarts. De huisarts neemt verdere hulp voor zijn rekening.

8.2 Voorbereiden overplaatsing

Zoals eerder benoemd is het ook mogelijk om de jongere – indien dit noodzakelijk is – door te verwijzen van zorgpad `Acute zorg´ naar één van de zorgpaden van afdeling 'de Rietschans'. In 8.2.1 wordt beschreven hoe dit voor de jongere eruit ziet. In 8.2.2 wordt uitgewerkt hoe deze overplaatsing personeelsmatig vorm krijgt en in 8.2.3 wordt de beleidsmatige kant omschreven.

8.2.1 Jongere

Zoals beschreven in hoofdstuk 6 is zorgpad 'Acute zorg' grotendeels gesloten. Binnen zorgpad 'Acute zorg' zijn er drie afdelingen: gesloten, besloten en open. Bij overplaatsing van de jongere is samenwerking van groot belang om een geleidelijke transformatie te bewerkstelligen: *"De omschakeling van gesloten naar open wordt geleidelijk [...] vormgegeven."* (ERM5.9.6) en *"Dat wil zeggen dat de jongere een bepaalde kring doorloopt, zo snel mogelijk: gesloten, besloten, open."* (ERM3.8.20). Afdeling 'de Rietschans' streeft naar directe overplaatsing (Molenaar, 2011).

De overplaatsing wordt per individuele jongere zorgvuldig afgestemd: *"Ik denk dat die aansluiting per individuele jongere bekeken moet worden [...]."* (ERM1.8.1). Het moment waarop deze overplaatsing mogelijk is, wordt eveneens bepaald en afgestemd per jongere: *"Mijn visie is dat je invoegt op het moment dat er mogelijkheden zijn."* (ERM4.8.1). Maar wanneer zijn die mogelijkheden er om de overplaatsing van gesloten naar open te realiseren? Een richtinggevende competentie is het maken van afspraken: *"Als zij maar die afspraken kunnen maken."* (ERM1.8.7). Als de gemaakte afspraken correct nagekomen worden, verkrijgt de jongere meer vrijheden. Eén van die vrijheden is het meelopen op een open afdeling: *"Dan kan je best een uurtje meelopen met een spel, of met bewegen;*

dat je alvast in de groep meedoet." (ERM4.8.2). Verder kan de jongere zelfstandig – met tijdsafspraak – naar de fitnessruimte. Eén van de laatste stappen is dat de jongere overdag op een open afdeling – dus bij een ander zorgpad als 'Acute zorg' – behandeling volgt en 's nachts nog op gesloten slaapt. Hier worden bedden in 'Acute zorg' voor vrijgehouden. Zo wordt de jongere voorbereid om op een open afdeling te functioneren. Wanneer dit goed gaat, start de overplaatsing (Molenaar, 2011).

In alle gevallen is het de taak van de PB-er om voorbereidingen voor de overplaatsing te treffen. De PB-er bezoekt met de jongere het volgende zorgpad. De jongere ontmoet hier zijn nieuwe PB-er en krijgt een rondleiding (Molenaar, 2011).

8.2.2 Personeelsmatig

Hoe de overplaatsing van gesloten naar besloten en open personeelsmatig geregeld wordt, is nog onbekend. Afdeling 'de Rietschans' kan kiezen om een vast of wisselend team op zorgpad 'Acute zorg' te zetten. De voor- en nadelen van bovenstaande opties worden in volgend schrijven uiteengezet.

Als afdeling 'de Rietschans' kiest voor een wisselend team, brengt dit de volgende voordelen met zich mee:

1. De overplaatsing is minder ingrijpend voor de jongere. De behandelaars en begeleiding van het volgende zorgpad zijn bekend. Dit reduceert de stress omtrent de overplaatsing (Molenaar, 2011).
2. De begeleiding van zowel zorgpad 'Acute zorg' als de overige zorgpaden kent de jongere en diens voorgeschiedenis. Het gedrag van de jongere kan gemakkelijker in kaders geplaatst worden.

Wanneer afdeling 'de Rietschans' besluit om een vast team op 'Acute zorg' in te zetten, betreft dit de volgende voordelen:

1. De jongere in 'Acute zorg' ervaart chaos. De onrust van een wisselende behandelaars en begeleiding kan deze chaos vergroten (Hordijk, 2011). Een vast team betekent stabiliteit en komt de rust ten goede.
2. De begeleiding van zorgpad 'Acute zorg' moet bij een (onverwachte) crisissituatie op elkaar vertrouwen. Dit vertrouwen vergroot als begeleiding op elkaar is ingespeeld (Molenaar, 2011).
3. De begeleiding van zorgpad 'Acute zorg' moet eenduidige boodschappen communiceren: "*Met één mond spreken, want het vertrouwen is vaak bij de jongere zoek."* (ERM4.7.10). Dit is gemakkelijker te bewerkstelligen wanneer er met een vast team wordt gewerkt.

Als een vast team wordt ingezet, moet er meer aandacht aan de overdracht besteedt worden. Dit omdat de behandelaars en de begeleiding van het volgende zorgpad totaal onbekend zijn met de jongere (Molenaar, 2011). De aansluiting tussen de zorgpaden komt immers tot stand: "*Door nauw overleg [...]."* (ERM5.8.1).

8.2.3 Beleidsmatig

De hypothese is dat de meeste jongeren overgeplaatst worden naar het zorgpad 'Diagnostiek'. Doorgaans vindt bij crisisopname nog geen volledige diagnostiek plaats, terwijl de indicatiestelling noodzakelijk is om tot een (vervolg)behandeling te komen. Wanneer de jongere naar zorgpad 'Diagnostiek' wordt overgeplaatst, wordt de jongere 6 weken klinisch opgenomen tenzij er een tussenoplossing mogelijk is. Als er een tussenoplossing is, wordt de jongere de eerste 2 weken klinisch opgenomen. Na deze 2 weken wordt beslist of de behandeling klinisch of in deeltijd voortgezet wordt (Molenaar, 2011).

Voor de overplaatsing moet er – door de behandelaar en de SPV-er – een behandelplan opgesteld zijn. Tevens moet er een signaleringsplan gemaakt zijn.

8.3 Overplaatsing

Bovenstaande paragraaf beschrijft welke voorbereidingen getroffen worden om tot een overplaatsing te komen. Wanneer dit is voldaan en de jongere klaar is voor de overplaatsing, vindt deze plaats. Hoe de overdracht tot stand komt, wordt in deze paragraaf beschreven.

De PB-er sluit zorgpad 'Acute zorg' af en verwijst de jongere door. De PB-er van zorgpad `Acute zorg´ neemt contact op met de PB-er van het andere zorgpad. In de overdracht wordt besproken:

- wie de jongere is;
- uit welke personen het systeem bestaat;
- wat de reden van crisisopname is geweest;
- of er zaken zijn die bijzondere aandacht nodig hebben.

Tegelijkertijd worden de opgestelde plannen – het behandelingsplan en het signaleringsplan – overgedragen (Molenaar, 2011).

Samenvatting

De behandeling binnen zorgpad `Acute zorg´ wordt afgesloten wanneer de hulpvraag van de jongere niet overeenkomt met het aanbod of wanneer blijkt dat de oorzaak van de crisis niet in een psychiatrische stoornis ligt. Het is ook mogelijk dat de jongere wordt overgeplaatst naar één van de zorgpaden van afdeling 'de Rietschans'. De overplaatsing is afgestemd per individuele jongere. In zorgpad 'Acute zorg' wordt de jongere voorbereid om op een open afdeling te functioneren. Hoe dit personeelsmatig vorm krijgt, is nog onbekend. Het is erg belangrijk dat er een zorgvuldige overdracht plaatsvindt. Beleidsmatig is het van belang dat er een behandel- en signaleringsplan is opgesteld. De daadwerkelijks overplaatsing is de taak van de PB-er.

Conclusie

Afdeling 'de Rietschans' heeft een tekort aan kennis – over zowel de vrijwillige als de onvrijwillige crisisopname bij jongeren tussen de 12 en 18 jaar – om het nieuw te implementeren zorgpad 'Acute zorg' vorm te geven. De hoofdvraag is dan ook: 'Uit welke behandeling moet het zorgpad 'Acute zorg' bestaan en hoe wordt deze behandeling methodisch verantwoord?'. Door middel van literatuuronderzoek, documentenonderzoek en interviews worden de deelvragen – en daarmee de hoofdvraag – beantwoord.

In hoofdstuk 1 wordt de verantwoording van de werkwijze omschreven aan de hand van het plan van aanpak. In hoofdstuk 2 wordt deelvraag 1 behandeld: 'Wat zijn de bestaande zorgpaden binnen afdeling 'de Rietschans'?'. De bestaande zorgpaden zijn 'Diagnostiek', 'Inzicht', 'Motivatie' en 'Structuur'. Het behandelaanbod van afdeling 'de Rietschans' verandert: zorgpad 'Motivatie' verdwijnt en zorgpad 'Acute zorg', de bureaudienst en het zorgplein 'Intensieve individuele begeleiding' worden toegevoegd. Concluderend: het behandelaanbod van afdeling 'de Rietschans' is – om zorg op maat te garanderen – voortdurend in beweging.

Hoofdstuk 3 behandeld deelvraag 2: 'Wat zijn de bestaande modules bij crisisopvang voor jongeren in vergelijkbaar type instelling?'. Aan de hand van het werkgebied van GGz Centraal is gezocht naar instellingen in de provincies Flevoland en Gelderland. In beide provincies is het aanbod van crisisopname voor de jongere gering. Dit laat zien dat afdeling 'de Rietschans' in een behoefte voorziet met zorgpad 'Acute zorg'. 'Altrecht' en 'Karakter' – in provincie Utrecht – geven informatie vrij. De behandeling in crisisopname blijkt zeer uiteenlopend te zijn. Concluderend: afdeling 'de Rietschans' moet omtrent zorgpad 'Acute zorg' een eigen beleid ontwerpen. Een beleid dat past binnen de visie en werkwijze van GGz Centraal.

Hoofdstuk 4 werkt deelvraag 3 uit: 'Wat zijn de juridische kaders voor onvrijwillige opname binnen afdeling 'de Rietschans'?'. De wet onderscheidt verschillende leeftijdscategorieën. De jongere van 12 tot 16 jaar is wilsbekwaam. De jongere van 16 tot 18 jaar is niet alleen wilsbekwaam, maar ook handelingsbekwaam. De jongere van 18 jaar en ouder is in staat om – in zowel privaat-, publiek- als strafrecht – geheel zelfstandig zijn belangen te behartigen. De juridische kaders verschillen dus per leeftijdscategorie. Ook de aard van de opname is bepalend: vrijwillig of onvrijwillig. De jongere in zorgpad 'Acute zorg' wordt doorgaans onvrijwillig opgenomen met een RM of een IBS. Het indicatievereiste is dat de jongere – ten gevolge van een geestesstoornis – een gevaar voor zichzelf, voor anderen of de algemene veiligheid van personen of goederen oplevert (art. 1, Wet BOPZ). De rechtspositie van de onvrijwillig opgenomen jongere wordt gewaarborgd in de WGBO, Wet BOPZ en de Wjz. Er zijn juridische kaders omtrent de acceptatieplicht, behandelovereenkomst, bijdrage kosten van de jeugdzorg, geheimhoudingsplicht, informatierecht, inzagerecht, klachtrecht, leerplicht, medezeggenschap, middelen en maatregelen, nazorg, patiëntendossier, PVP en verlof en ontslag. Afdeling 'de Rietschans' moet aan deze rechten en plichten voldoen en zo vormen de juridische kaders de basis van de behandeling in zorgpad 'Acute zorg'.

De volgende deelvraag wordt in hoofdstuk 5 uiteengezet: 'Welke procedure moet gevolgd worden om tot een behandeling binnen 'Acute zorg' te kunnen komen?'. De jongere wordt aangemeld via de huisarts, BJZ of politie, die vervolgens de crisisdienst inschakelt. De crisisdienst neemt contact op met GGz Centraal, afdeling 'de Rietschans'. De SPV-er en de arts voeren het opnamegesprek. Na dit gesprek wordt de jongere opgenomen in zorgpad 'Acute zorg'. De jongere die met een RM of een IBS opgenomen wordt, doorloopt een andere procedure. Die procedure is eenvoudig, aangezien opname in zorgpad 'Acute zorg' snel tot stand komt.

In hoofdstuk 6 wordt deelvraag 5 behandeld: 'Hoe komt een methodisch verantwoorde behandeling binnen het zorgpad 'Acute zorg' tot stand?'. Het hoofddoel van crisisopname is het herstel van

evenwicht. Logischerwijs wordt het herstelondersteunend milieu ingezet, welke in de IRB en de milieurehabilitatie is gegrond. Dit richt zich op herstel van evenwicht. Hiertoe worden rust (dag- en nachtritme) en structuur (modules) aangeboden. Het herstel wordt ondersteund middels een drietal methodieken:

1. Competentiemodel: traint de vaardigheden – en vergroot hiermee de krachten – van de jongere. Wanneer de krachten toenemen, neemt het evenwicht van herstel eveneens toe.
2. Motiverende gespreksvoering: richt zich op vergroten van de motivatie van de jongere. Wanneer de jongere geen noodzaak tot verandering van de (crisis)situatie ervaart, wordt motiverende gespreksvoering ingezet. Wanneer de verandering wordt ingezet, wordt tevens aan het herstel van evenwicht gewerkt.
3. Systeembenadering: het sociaal netwerk is essentieel voor de behandeling bij crisisopname. Het systeem geeft informatie omtrent het herstel van de jongere. Ook kan het systeem een herstelbevorderende rol spelen in de behandeling.

Niet alleen de methodieken ondersteunen het herstel. De modules zijn evenzo gericht op herstel van evenwicht. De methodieken en modules *ondersteunen* het herstel, want de jongere herstelt zelf: autonomie! De inzet van middelen en maatregelen is – zeker bij de onvrijwillige opname – onontkoombaar. Ook dan blijft de jongere autonoom. De hoogte wordt bepaald door de deskundigheid van de begeleiding. Het is duidelijk: heel de behandeling richt zich op herstel.

Hoofdstuk 7 beantwoord deelvraag 6: 'Welke personen vervullen een functie binnen het zorgpad 'Acute zorg'?'. Het multidisciplinair team bestaat uit de behandelaar, psychiater, 'Hoofd Beheer Cluster Adolescenten', creatief therapeut, bewegingstherapeut, pastoraal werker, SPV-er en overige begeleiding. Verschillende disciplines werken – via veelvuldig overleg – samen aan één doel: herstel. Iedere discipline heeft zijn eigen specialisme en daardoor wordt er vanuit verschillende invalshoeken naar de jongere gekeken. Om tot herstel te komen is de relatie essentieel. Dit standpunt is gegrond in de presentiebenadering. In die relatie geeft de jongere richting aan zijn eigen leerproces.

In het laatste hoofdstuk – hoofdstuk 8 – wordt deelvraag 7 behandeld: `Hoe sluit het zorgpad 'Acute zorg' aan op de bestaande zorgpaden?'. De overplaatsing van zorgpad 'Acute zorg' naar één van de overige zorgpaden verschilt per individuele jongere. Er vindt doorgaans wel een snelle doch zorgvuldige overdracht plaats. In deze overdracht neemt het behandel- en signaleringsplan een grote plaats in.

Aan de hand van bovenstaande deelvragen en conclusies wordt de gestelde hoofdvraag beantwoord: 'Uit welke behandeling moet het zorgpad 'Acute zorg' bestaan en hoe wordt deze behandeling methodisch verantwoord?'. Het behandelaanbod van afdeling 'de Rietschans' is voortdurend in beweging. Afdeling 'de Rietschans' ontwerpt een eigen beleid voor zorgpad 'Acute zorg'. Hierbij vormen de juridische kaders bij vrijwillige en onvrijwillige opname (door een RM of een IBS) de basis voor de behandeling in zorgpad 'Acute zorg'. De behandeling wordt nader vormgegeven door de herstelondersteunende benadering, welke gegrond is in de IRB en milieurehabilitatie. De herstelbenadering streeft herstel van evenwicht na. De behandeling is gericht op het *ondersteunen* van het herstel: de jongere hersteld immers zelf! Om dit herstel te ondersteunen wordt een drietal methodieken ingezet: competentiemodel, motiverende gespreksvoering en de systeembenadering. Naast de methodieken, ondersteunen rust en structuur het herstel. De rust wordt voornamelijk door dag- en nachtritme en de structuur door modules vormgegeven. Alle behandelaars in het multidisciplinair team zijn gericht op het aangaan van een relatie. In deze relatie geeft de jongere richting aan zijn leerproces. Dit sluit naadloos aan bij de herstelondersteunende benadering: de jongere hersteld zelf!

Aanbevelingen

Dit afstudeerproduct is tot stand gekomen aan de hand van de onderzoeksmethoden literatuuronderzoek, documentenonderzoek en interviews, welke de verankering van het onderzoek vormen. De variëteit in de onderzoeksmethoden en databronnen biedt een gegronde verantwoording. Verder is het letterlijk uitwerken, fragmenteren en labelen van de interviews gedegen. Dit alles vergroot de betrouwbaarheid van het afstudeerproduct. Wij bevelen dit van harte bij andere studenten aan.

Daarnaast geven wij afdeling 'de Rietschans' aanbevelingen wat betreft vervolgonderzoek. Zoals beschreven in hoofdstuk 1, is dit onderzoek gericht op het uitvoerend en beleidsniveau van zorgpad 'Acute zorg'. Zorgpad 'Acute zorg' richt zich op de jongere van 12 tot 18 jaar in crisis. Om hen draait het! Ons inziens is het dan ook een interessante verdieping om te onderzoeken wat de visie van de jongere op crisisopname is. L.C. (Linda) Westerbeke heeft een kleinschalig onderzoek gedaan naar de wensen en behoeften van de jongere in crisisopname (bijlage 5). Het ontbrak ons – C.P. (Ellen) de Visser en L.C. (Linda) Westerbeke – aan tijd en middelen om dit aspect van zorgpad 'Acute zorg' grondig te onderzoeken. Hoe ziet hij crisisopname? Waar liggen zijn wensen en behoeften in behandeling en begeleiding in crisisopname? Wat is volgens hem kwaliteitszorg?

In hoofdstuk 6 wordt de behandeling voor de jongere in zorgpad 'Acute zorg' beschreven. Ons inziens is het van belang om de problematiek van dubbeldiagnose en crisis nader te onderzoeken. Het draait om zowel de dubbeldiagnose psychiatrie en verslaving als dubbeldiagnose psychiatrie en verstandelijke beperking. De zorg voor die jongere vraagt specialistische kennis en vaardigheden. Hoe krijgt de behandeling van zo'n jongere vorm in zorgpad 'Acute zorg'? Welke specifieke kennis en vaardigheden moet de begeleiding hebben?

In dit onderzoek – hoofdstuk 7 – is de rol van de begeleiding in de behandeling voor de jongere in zorgpad 'Acute zorg', afdeling 'de Rietschans' beschreven. Crisisopname, decompensatie en incidenten hebben grote impact op de begeleiding. Hoe komt de ondersteuning van het team in zorgpad 'Acute zorg' tot stand? Welke rol heeft intervisie en supervisie hierin?

Tot slot is het van groot belang om zorgpad 'Acute zorg' – naast de periodieke evaluatie ten bate van de kwaliteitszorg – grondig te evalueren. Voldoet zorgpad 'Acute zorg' aan de gestelde doelstellingen? Hoe wordt methodisch gewerkt binnen zorgpad 'Acute zorg'? En hoe komt zorgpad 'Acute zorg' tot kwaliteitsverbetering?

Discussie

In het eerste hoofdstuk beschrijven we onze visie omtrent crisisopname bij de jongere. Vanuit onze identiteit vinden we het belangrijk dat de jongere tot zichzelf, anderen en God in een relatie komt. Deze relatie is het uitgangspunt van de behandeling van de jongere in zorgpad 'Acute zorg'. De behandeling is gegrond op relaties. Relaties met de ouder(s), broers, zussen en verdere familie. Relaties met vrienden. Relaties met behandelaars en begeleiding. Relaties met groepsgenoten. Eigenlijk is het leven samen te vatten als: relatie. Die visie en de daarop aansluitende visie van afdeling 'de Rietschans' geeft de behandeling in 'Acute zorg' vorm. De behandeling – inclusief aanmelding, opname, daadwerkelijke behandeling en overplaatsing – richt zich op herstel van het evenwicht van de jongere. Evenwicht. Evenwicht in relaties!

In hoofdstuk 1 wordt beschreven dat we 6 personeelsleden van afdeling 'de Rietschans' hebben geïnterviewd. Een totaal van 6 geïnterviewden, is dit niet wat weinig? We beseffen dat dit aantal minimaal is. Echter, alle interviews waren – ondanks de verschillende specialismen – in overeenstemming met elkaar. Op grond hiervan concluderen wij dat 6 geïnterviewden een representatief beeld van afdeling 'de Rietschans' geven.

Het vergelijkend onderzoek – in hoofdstuk 3 – is alleen op basis van informatie van internet vormgegeven. De bruikbare informatie was gering. Wanneer we andere kanalen geraadpleegd hadden, waren de uitkomsten misschien anders geweest. We hebben ervoor gekozen om dit niet te doen, aangezien afdeling 'de Rietschans' de zorgpaden inzet op een manier die andere instellingen vreemd is. Informatie van andere instellingen sluit dan ook niet aan bij de visie en werkwijze van afdeling 'de Rietschans'. Verder kostte het vergelijkend onderzoek ons veel tijd. Tijd, die we in de daadwerkelijke vormgeving van zorgpad 'Acute zorg' wilden investeren. Dit had voor ons hogere prioriteit, aangezien afdeling 'de Rietschans' – zo blijkt uit de interviews en nader overleg – een geheel eigen beleid wil ontwerpen.

In hoofdstuk 4 worden de juridische kaders beschreven. De juridische kaders zijn op grond van de ABWZ, Wet BOPZ en de Wjz vormgegeven. Die wetten staat niet op zichzelf, aangezien er uitvoeringsbesluiten onder deze wetten hangen. In dit afstudeerproduct zijn alleen de juridische kaders op grond van de wetten beschreven omdat het ons – als studenten – aan tijd en middelen ontbreekt om deze uitvoeringsbesluiten grondig te bestuderen.

Tot slot is de vormgeving van zorgpad 'Acute zorg' – en hiermee ook hoofdstuk 5 tot en met 8 – nog volop in ontwikkeling bij afdeling 'de Rietschans'. De beschrijving van zorgpad 'Acute zorg' dekt dan ook niet de gehele behandeling. We trachtten dit te ondervangen door veelvuldig overleg. Desondanks bleek het onmogelijk de gehele behandeling volledig te omschrijven.

Dit afstudeerproduct is een beschrijving van de behandeling in zorgpad 'Acute zorg'. Wanneer de jongere op 'Acute zorg' hersteld – en dus het evenwicht in relatie tot zichzelf, anderen en God hervindt – is er werkelijk evenwicht. De soms zo kille maatschappij anno 2011 schreeuwt om evenwicht in warme en liefdevolle relaties. Deze behandeling geeft gehoor aan die schreeuw en het antwoord luidt: 'Liefde in relaties is de basis van alle herstel'.

Literatuurlijst

Artikel

L

Lebow, J. (2003). *Family Therapy scorecard*. Psychotherapy Networker, jan.-feb. 73-75. In vertaling: Gezinstherapie wereldwijd 15 (2004), nr. 1, 32-37.

Boeken

A

Abma, T., Lendemeijer, B. & Widdershoven, G. (2005). *Dwang en drang in de psychiatrie. Kwaliteit van vrijheidsbeperkende interventies.* Utrecht: LEMMA BV.

Achilles, R.A., Beerthuis, R.J. & Ewijk, W.M. van (2006). *Handboek spoedeisende psychiatrie.* Amsterdam: Benecke N.I.

Aken, M. van, Slot, W. & Wit, J. de (2004). *Psychologie van de adolescentie.* Baarn: HB uitgevers.

B

Baarda, D.B., Goede, M.P.M. de & Teunissen, J. (2009). *Basisboek kwalitatief onderzoek. Handleiding voor het opzetten en uitvoeren van kwalitatief onderzoek*. Groningen/Houten: Noordhoff Uitgevers BV.

Baart, A. (2001). *Een theorie van de presentie*. Utrecht: LEMMA BV.

Bassant, J. & Roos, S. de (2008). *Methoden voor Sociaal-Pedagogisch Hulpverleners.* Bussum: Coutinho.

Bernardt, C., Oenen, F.J. van & Post, L. van der (2007). *Praktijkboek Crisisinterventie.* Utrecht: De Tijdstroom.

Behrend, D. (2008). *Muzisch Agogische Methodiek. Een handleiding.* Bussum: Coutinho.

Boevink, W., Plooy, A. & Rooijen, S. van (2006). *Herstel, empowerment en ervaringsdeskundigheid*. Amsterdam: SWP.

Bögels, S.M. & Oppen, P. van (1999). *Cognitieve therapie: theorie en praktijk*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.

Borgesius, E. (1994). *Hulpverleners en familie: partners in de zorg. Een handleiding voor hulpverleners in de GGZ.* Assen: Gorcum.

Brinkman, F. & Berg, R., van den (2010). *Crisishulpverlening*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.

Butler, C.C., Miller, W.R. & Rollnick, S. (2010). *Motiverende gespreksvoering in de gezondheidszorg. Werken aan gedragsverandering als je maar 7 minuten hebt.* Theologische uitgeverij: Ekklesia.

D

Droës, J. (2000). *Rehabilitatie. Een oriëntatie en een beschrijving van drie benaderingswijzen*. Utrecht: SWP.

Droës, J. & Korevaar, L. (2008). *Handboek rehabilitatie voor zorg en welzijn*. Bussum: Coutinho.

F
Faas, M. (1996). *Crisisinterventie. Basisboek voor de jeugdzorg*. Utrecht: SWP.

G
Graste, J. (2002). *Een brug slaan: Rehabilitatie in de praktijk*. Assen: Koninklijke van Gorcum BV.

H
Haspels, M., Lange, M. de & Spanjaard, H. (2003). *Competentievergroting in een jeugdinrichting.* Baarn: Intro.

Horst, W. ter (2006). *Het herstel van het gewone leven.* Houten: Bohn Stafleu van Loghum.

J
Janzing, C. & Kerstens, J. (2005). Werken in een therapeutisch milieu. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.

K
Kar, F. van de, Keijzerswaard, A. van & Wel, T. van (2003). *Rehabilitatie, dat is toch normaal!?* Assen: Koninklijke Van Gorcum BV.

Kedzierski, J. Th. & Vlemmix, M.C. (2001). *Kwaliteit en beheer: instrumenten voor de manager in de zorg.* Houten: Bohn Stafleu van Loghum.

L
Lange, A. (2006). *Gedragsverandering in gezinnen*. Groningen: Wolters-Noordhoff.

M
Meijer, C.J.M. & Verhage – van Kooten, M. (2009). *Wetgeving MWD, SPH, HBO-V, CMV*. Den Haag: Sdu Uitgevers.

Miller, W.R. & Rollnick, S. (2005*). Motiverende gespreksvoering.* (pp. 51) Theologische uitgeverij: Ekklesia.

R
Ralph, R., Kidder, K. & Philips, D. (2000). *Can we measure recovery? A compendium of recovery and recovery-related instrument.* Cambridge: The evaluation center.

Remmerswaal, J. (2006). *Begeleiden van groepen.* Houten: Bohn Stafleu van Loghum.

S
Slot, N.W. & Spanjaard, H.J.M. (2007). *Competentievergroting in de residentiële jeugdzorg*. Baarn: HB uitgevers.

V
Verhage-van Kooten, M. (2010). *Recht voor de zorg- en welzijnsprofessional*. Den Haag: Sdu Uitgevers.

Niet-gepubliceerde bronnen
B
BJZ (n.d.). *Crisis met uw kind? Spoedeisende zorg: daar heb je wat aan! Informatie voor ouders.* Velp: BJZ Gelderland.

BJZ (n.d.). *Spoedeisende zorg.* Velp: BJZ Gelderland.

G
Gagne, C. (2004). *Rehabilitatie: een weg tot herstel. Voordracht Studiedag 'Rehabilitatie en Herstel'.* Groningen: Lectoraat Rehabilitatie Hanzehogeschool.

H
Hordijk, A.G. (2011). *Cursus Rehabilitatie*. Ede: Christelijke Hogeschool Ede.

J
Jong, M. de, & Wel, T. van (2008). Milieurehabilitatie. Een methode om via de omgeving met maximale betrokkenheid van cliënten hun activiteiten en participatie te vergroten. In L. Korevaar & J. Dröes (red.), *Handboek rehabilitatie voor zorg en welzijn*. Bussum: Coutinho

K
Klachtencommissie Meerkanten (n.d.). *Een klacht! Wat nu?* Ermelo: Meerkanten, Geestelijke Gezondheidszorg Flevo- Veluwe.

L
Luijten, E., Korevaar, L., & Dröes, J. (2008). De Individuele Rehabilitatie-Benadering. In L. Korevaar & J. Dröes (red.), *Handboek rehabilitatie voor zorg en welzijn*. Bussum: Coutinho.

M
Mauritz, C (2010). *Cursus motiverende gespreksvoering*. Ede: Christelijke Hogeschool Ede.

Molenaar, B. (2010). *Zorgpad acute zorg. Concept oktober 2010.* Ermelo: GGz Centraal, afdeling 'de Rietschans'.

Molenaar, B. (2011). *Verslag zorgpad acute zorg 5-2-2011.* Ermelo: GGz Centraal, afdeling 'de Rietschans'.

R
De Rietschans (n.d.). *Zorgpad Diagnostiek*. Ermelo: Meerkanten, Geestelijke Gezondheidszorg Flevo-Veluwe.

De Rietschans (n.d.). *Zorgpad Inzicht*. Ermelo: Meerkanten, Geestelijke Gezondheidszorg Flevo-Veluwe.

De Rietschans (n.d.). *Zorgpad Motivatie*. Ermelo: Meerkanten, Geestelijke Gezondheidszorg Flevo-Veluwe.

De Rietschans (n.d.). *Zorgpad Structuur.* Ermelo: Meerkanten, Geestelijke Gezondheidszorg Flevo-Veluwe.

S
Schouten, J. (1977). *Ik ben d'r ook nog. Handleiding voor assertiviteitstraining.* Meppel: Boom.

Stichting PVP (2008). *Ontslag en verlof uit psychiatrisch ziekenhuis.* Utrecht: Geestelijke Gezondheidzorg.

T
Terlouw, H. & Visser, B (2009). *Crisishulpverlening. Crisiskaart bij ingrijpende gebeurtenissen, rampen en calamiteiten.* Ede: Christelijke Hogeschool Ede.

Praktijkbronnen:

H
Hordijk, A.G. (2011). Ede.

K
Koevoets, R. (2011).

M
Molenaar, B. (2011). Ermelo.

P
Politie (2010).

V
Verheij, M.J. (2011). Ede.

Visser, A.J. de (2011). Middelburg.

Sites:

A
Altrecht Geestelijke Gezondheidszorg (n.d.). *Acute psychiatrie Utrecht.* Geraadpleeg op 03-02-2011, van
http://www.altrecht.nl/eCache/INT/53/040.html

B
Boom Lemma (2011).*Methodisch handelen inzichtelijk.* Geraadpleegd op 27-04-2011, van
http://www.methodischhandeleninzichtelijk.nl/oefeningen_en_cases/hoofdstuk_3a_analyse/micro_meso_en_macroniveau_de_sorteeroefening

Bureau SPV (2010). *Jeugdzorg*. Geraadpleegd op 02-03-2011, van
http://www.bureau-spv.nl/index.php/jeugdzorg

C
Christelijke Hogeschool Ede (n.d.). *Praktijkleiders SPH.* Geraadpleegd op 27-04-2011, van
http://topshare.che.nl/praktijkleiders/105802

College voor zorgverzekering (2010). *Geneeskundige GGZ.* Geraadpleegd op 21-02-2011, van
http://www.cvz.nl/zorgpakket/zvw-kompas/geneeskundige+ggz/geneeskundige+ggz.html)

D
Dirks, C. (1998). *Kerntaken ingebouwd Maatschappelijk Werk Regiopolitie*. Geraadpleegd op 28-04-2011, van
http://www.xs4all.nl/~cdirks/kern3.html

E
Encie (2010). *Implementatie. Betekenis/ definitie.* Geraadpleegd op 27-04-2011, van
http://www.encie.nl/definitie/Implementatie

Encyclo (n.d.) *Opzoeken: attitude.* Geraadpleegd op 18-04-2011, van
http://www.encyclo.nl/begrip/attitude

Encyclo (n.d.). *Opzoeken: wilsbekwaam.* Geraadpleegd op 22-02-2011, van
http://www.encyclo.nl/begrip/wilsbekwaam

E-overheid (2010). *Besluit patiëntvertrouwenspersoon BOPZ*. Geraadpleegd op 08-02-2011, van
http://wetten.overheid.nl/BWBR0006227/geldigheidsdatum_08-02-2011

E-overheid (2010). *Wet en regelgeving*. Geraadpleegd op 07-02-2011, van
http://wetten.overheid.nl/BWBR0005290/Boek7/Titel7/Afdeling5/Artikel450/geldigheidsdatum_07-02-2011

G

GGNet (n.d.). *Klinische opname en observatie.* Geraadpleegd op 08-03-2011, van
http://ggnetjeugd.nl/Voor%20overwijzers/Behandelmogelijkheden/Met%20overwijzing/S364

GGz Centraal (2011). *Herstelondersteunende zorg*. Geraadpleegd op 28-03-2011, van
http://www.ggzcentraal.nl/clienten/volwassenen/herstelondersteunende-zorg/herstelondersteunende-zorg

GGz Centraal (2011). *Missie en visie.* Geraadpleegd op 28-03-2011, van
http://www.ggzcentraal.nl/over-ons/beleid/missie-en-visie/missie-en-visie

GGz Centraal Fornhese (2010). *Verwijzing.* Geraadpleegd op 08-04-2011, van
http://www.ggzcentraal.nl/merken/fornhese/almere/verwijzing/verwijzing

GGz Centraal Fornhese (2010). *Verwijzing.* Geraadpleegd op 11-04-2010, van
http://www.ggzcentraal.nl/merken/fornhese/ermelo/verwijzing/verwijzing

GGZ Nederland (2011). *Zoek een ggz-instelling.* Geraadpleegd op 01-02-2011, van
http://www.ggznederland.nl/informatiecentrum/zoek-een-ggz-instelling.html?provincie=FL&categorie=116144

GGz Nijmegen (n.d.). *Cliënten en familie.* Geraadpleegd op 08-03-2011, van
http://www.ggznijmegen.nl/

GGz Nijmegen (n.d.). *In behandeling bij GGz Nijmegen.* Geraadpleegd op 01-03-2011, van
http://www.ggznijmegen.nl/bestanden/pagina/bestanden/In%20behandeling%20compleet.pdf

GGZ Noord-Holland-Noord (n.d.). *Psycho-educatie*. Geraadpleegd op 02-03-2011, van
http://www.ggz-nhn.nl/nl/Behandelingen/Behandelingen-Psycho-educatie.html?p1=GUID-8FF839C5897D418EB6405793C5926808&p0=GUID-8FF839C5897D418EB6405793C5926808&p2=ZIEKTEBEELDEN

H

Hasselt, M. van (2011) *Self Fulfilling Prophecy met ICT.* Geraadpleegd op 27-04-2011, van
http://onderwijs21.wordpress.com/2011/04/01/self-fulfilling-profecy-met-ict/

Hordijk (2010). *Milieurehabilitatie*. Geraadpleegd op 29-03-2011, van
http://topshare.che.nl/downloadattachment/333506/311890/Milieurehabilitatie,%20intranetversie.ppt#259,4,Milieurehabilitatie

I
In de Bres (n.d.) *In de Bres – christelijke GGZ.* Geraadpleegd op 03-01-2011, van
http://www.indebres.nl/index.php

InZicht centrum voor orthopsychiatrie (n.d.). *Behandelaanbod.* Geraadpleegd op 01-03-2011, van
http://www.inzichtnijmegen.nl/

InZicht centrum voor orthopsychiatrie (n.d.). *Indicatie voor klinische opname.* Geraadpleegd op 01-03-2011, van
http://www.inzichtnijmegen.nl/

InZicht centrum voor orthopsychiatrie (n.d.). *Opname en IBS, RM, OTS, PIJ.* Geraadpleegd op 02-02-2011, van
http://www.inzichtnijmegen.nl/

IrisZorg (2010). *Aanmelden.* Geraadpleegd op 08-03-2011, van
http://www.iriszorg.nl/behandeling/aanmelden

IrisZorg (2010). *Crisissituatie.* Geraadpleegd op 08-03-2011, van
http://www.iriszorg.nl/behandeling/crisissituatie

IrisZorg (2010). *Kliniek verslavingszorg.* Geraadpleegd op 01-03-2011, van
http://www.iriszorg.nl/adressen/kliniek-verslavingszorg

J
JuroFoon (n.d.). *Ouders en recht (20): Toestemmingsvereiste bij medische behandeling.* Geraadpleegd op 22-02-2011, van
http://www.jurofoon.nl/nieuws/weblog.asp?id=3082

K
Kessels, G. J. (2010). *Geheimhoudingsplicht geldt altijd.* Geraadpleegd op 22-02-2011, van
http://www.hrpraktijk.nl/nieuws/nieuws/geheimhoudingsplicht-geldt-altijd.597590.lynkx

Kinder- en jeugdpsychiatrie Karakter (2011). *Behandeling: de plaats*. Geraadpleegd op 01-03-2011, van
http://www.karakter.com/karakter_nl/2efa23ff14d3a9e60899db393f04036a.php

Kinder- en jeugdpsychiatrie Karakter (2009). *Crisisafdeling.* Geraadpleegd op 01-03-2011, van
http://www.karakter.com/ufc/file2/karakter_sites/suzanne/bff7f8556c4fca64c4214e494bd2a8c6/pr/crisisafdeling_2.pdf

Kragten, R. (n.d.). *Gedwongen opname*. Geraadpleegd op 08-02-2011, van
http://www.qualiteit.nl/gedwongenopn.htm

Kwintes (n.d.). *Algemene crisisopvang.* Geraadpleegd op 02-03-2011, van
http://www.kwintes.nl/opvang/crisisopvang/amersfoort_-_crisisopvang

L
Landelijk kenniscentrum kinder- en jeugdpsychiatrie (n.d.) *BOPZ.* Geraadpleegd op 16-02-2011, van
http://www.kenniscentrum-kjp.nl/nl/clienten/juridische_wegwijzer/bopz.html

Landelijk kenniscentrum kinder- en jeugdpsychiatrie (n.d.). *Positie van ouders.* Geraadpleegd op 20-04-2010, van
http://www.kenniscentrum-kjp.nl/nl/clienten/positie_van_ouders

Leo Stichting Groep, Commujon (n.d.). *Agressie regulatie training, informatie voor jongeren*. Geraadpleegd op 10-03-2011, van
http://www.commujon-lsg.nl/html/topic_0_7BFDE167-6681-41D7-B03D-66F782A67F93_0.htm

Lindemulder, J. (2009). *De creatieve professional: met afstand het meest nabij.* Geraadpleegd op 28-04-2011, van
http://www.stenden.com/Documents/Creatieve%20professional%20II.pdf

M

Meerkanten GGz (2011). *Meerkanten GGz Crisisdienst*. Geraadpleegd op 07-04-2011, van
http://www.zorgwelflevoland.nl/socard/Organisation.aspx?id=13595

Meij, H. & Boendermaker, L. (2008). *Oorzaken en achtergronden van een problematische ontwikkeling.* Geraadpleegd op 22-04-2011, van
http://www.nji.nl/nji/dossierDownloads/Oorzaken_en_achtergronden_problematische_ontwikkeling.pdf

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (2009). *Hoe verloopt een IBS-procedure?* Geraadpleegd op 08-02-2011, van
http://www.dwangindezorg.nl/procedures/wet-bijzondere-opnemingen-in-psychiatrische-ziekenhuizen-bopz/hoe-verloopt-de-procedure-bij-een-ibs

Ministerie van Volksgezondheid Welzijn en Sport (n.d.). *Omgaan met cliëntgegevens in de jeugdzorg*. Geraadpleegd op 09-02-2011, van
http://www.cardea.nl/CmsData/Downloadables/Algemeen/omgang%20clientgegevens%20jeugdzorg.pdf

Ministerie van Volksgezondheid Welzijn en Sport (2010). *Procedure inbewaringstelling*. Geraadpleegd op 08-02-2011, van
http://www.dwangindezorg.nl/procedures/wet-bijzondere-opnemingen-in-psychiatrische-ziekenhuizen-bopz/ibs-in-beeld

Ministerie van Volksgezondheid Welzijn en Sport (2009). *Wat gebeurd er nadat een IBS is afgegeven?* Geraadpleegd op 08-02-2011, van
http://www.dwangindezorg.nl/procedures/wet-bijzondere-opnemingen-in-psychiatrische-ziekenhuizen-bopz/wat-gebeurt-er-nadat-er-een-ibs-is-afgegeven

Ministerie van Volksgezondheid Welzijn en Sport (2010). *Wat is een RM?* Geraadpleegd op 07-02-2011, van
http://www.dwangindezorg.nl/procedures/rechterlijke-machtiging-1/copy_of_rechterlijke-machtiging

N

Nederlandse Vereniging voor Beeldende Therapie (2009). *Beeldende therapie.* Geraadpleegd op 10-03-2011, van
http://www.beeldendetherapie.org/index.php?option=com_content&view=section&layout=blog&id=7&Itemid=61

O
Oudernetwerk Jeugdzorg Gelderland (n.d.). *Inzagerecht*. Geraadpleegd op 09-02-2011, van http://www.oudernetwerkjeugdzorg.nl/tips/inzagerecht.htm

P
Politie (2009). *Logistiek medewerker A.* Geraadpleegd op 20-04-2011, van http://www.kombijdepolitie.nl/Vacatures/Pages/LogistiekMedewerkerA-Regio%20Rotterdam-Rijnmond.aspx

Programmaministerie voor Jeugd en Gezin Directie Jeugdzorg (2008). *Informatiebrochure Gesloten Jeugdzorg.* Geraadpleegd op 28-03-2011, van http://www.google.nl/search?q=Het+begrip+gesloten+jeugdzorg+omvat+de+gedwongen+opname%2C+het+gesloten+verblijf+en+de+toepassing+van+beperkende+maatregelen.+&rls=com.microsoft:nl:IE-SearchBox&ie=UTF-8&oe=UTF 8&sourceid=ie7&rlz=1I7GGIE_nl&redir_esc=&ei=5rGRTZnUL4b6sgbn2ZHQBg

U
Unit A (n.d.). *Unit A Acute psychiatrie Utrecht.* Geraadpleegd op 02-03-2011, van http://www.altrecht.nl/Externebestanden/WA/APU-unit%20A-DEFjuni10.pdf

R
Request (n.d.). *Empowerment.* Geraadpleegd op 27-04-2011, van http://www.vrijbaan.nl/?id=11

Rijksoverheid (2011). *Alles over de leerplichtwet*. Geraadpleegd op 15-02-2011, van http://www.leerplicht.net/webpages/leerplicht.html

Rijksoverheid (2008). *Gesloten jeugdzorg. Informatiebrochure.* Geraadpleegd op 28-03-2011, van http://www.rijksoverheid.nl/documenten-en-publicaties/publicaties-pb51/gesloten-jeugdzorg-informatiebrochure.html

Rijksoverheid (2010). *Rechterlijke machtiging op eigen verzoek*. Geraadpleegd op 17-02-2011, van http://www.dwangindezorg.nl/procedures/rechterlijke-machtiging-op-eigen-verzoek/hoe-lang-duurt-een-rm-op-eigen-verzoek

Rijksoverheid (n.d.). *Wat zijn mijn rechten en plichten als voogd?* Geraadpleegd op 29-03-2011, van http://www.rijksoverheid.nl/documenten-en-publicaties/vragen-en-antwoorden/wat-zijn-mijn-rechten-en-plichten-als-voogd.html

Rijksoverheid (2010). *Zelfbindingsmachtiging*. Geraadpleegd op 28-02-2011, van http://www.dwangindezorg.nl/begrippenlijst/zelfbindingsmachtiging

Rijnsche Maan Utrecht (n.d.). *Persoonlijk begeleider – SBWU locatie Rijnsche Maan.* Geraadpleegd op 10-03-2011, van http://utrechtzorg.nl/vacatures/persoonlijk_begeleider_sbwu_locatie_rijnsche_maan/12205

S
Stichting Adviesrecht Bestuursrecht (2011). *Nadere regelgeving Wet op jeugdzorg.* Geraadpleegd op 16-02-2011, van http://www.st-ab.nl/wettennr06/0664 012_Uitvoeringsbesluit_Wet_op_de_jeugdzorg.htm

StimulanSZ (2010). *Gesloten jeugdzorg.* Geraadpleegd op 15-02-2011, van http://www.degrotealmanak.nl/DigiAlm/indexa.html

StimulanSZ (2010). *Inzagerecht rapporten en dossiers jeugdzorg.* Geraadpleegd op 09-02-2011, van http://www.degrotealmanak.nl/digialm/DGA.html

StimulanSZ (2010). *Rechten en plichten.* Geraadpleegd op 22-02-2011, van http://www.socialezekerheid.nl/smartsite.dws?id=37641

StimulanSZ (2010). *Rechterlijke Machtiging (RM).* Geraadpleegd op 08-02-2011, van http://www.degrotealmanak.nl/DigiAlm/indexa.html

StimulanSZ (2010). *Wet bescherming persoonsgegevens.* Geraadpleegd op 22-02-2011, van http://wetten.overheid.nl/BWBR0011468/geldigheidsdatum_22-02-2011

T

Therapiehulp (2009). *Psychomotorische therapie (PTM) in de praktijk.* Geraadpleegd op 10-03-2011, van http://www.therapiehulp.nl/therapie/psychotherapie/lichaamsgerichte/psychomotorische-therapie/