

Omgaan met ontwrichting

KIB in profiel



VAN DER HOEVEN
KLINIEK
KIB



Anneke van Wamel
Maaïke van Vugt
Sonja van Rooijen

Omgaan met ontwrichting

Werkbeschrijving en onderbouwing



Utrecht
November 2016

 **Trimbos**
instituut
Netherlands Institute of
Mental Health and Addiction

Colofon

Projectleiding

Sonja van Rooijen

Auteurs

Anneke van Wamel

Maaïke van Vugt

Sonja van Rooijen

Redactie

Tony Bloemendaal (KIB Palier)

Harwin ten Cate (KIB Trajectum)

John Cuijpers (KIB GGz Eindhoven en de Kempen)

Christa Gerrits (KIB Trajectum)

Zita Haijer (KIB De Jutters)

Martijn Helmerhorst (KIB Van der Hoeven Kliniek)

Elvira van Wirdum (KIB Inforsa)

Artikelnummer: AF1504

Met dank aan:

Bauke Koekkoek (verpleegkundige, epidemioloog en lector Sociale en Methodische Aspecten van Psychiatrische Zorg aan de HAN).

Ad Kaasenbrood (psychiater/psychotherapeut, directeur Kenniscentrum Persoonlijkheidsstoornissen)

Wies van den Bosch (klinisch psycholoog, psychotherapeut. Hoofd DGT Nederland, Expertisecentrum voor persoonlijkheidsproblematiek Scelta)

Tijl Huygen (psychiater, Duurzaam Verblijf Beilen)

Robert Didden (GZ-psycholoog en hoogleraar Lichte verstandelijke beperkingen en ontwikkelingsstoornissen Radboud Universiteit in Nijmegen)

Chijs van Nieuwenhuizen (psychotherapeut en hoogleraar Forensische Geestelijke Gezondheidszorg bij Tilburg University)

Paul Broersen (Zorgverkoop Arkin)

Inhoud

Voorwoord	5
Kernpunten KIB	7
1. Inleiding	9
1.1 Achtergrond	9
1.2 Doelen KIB	12
1.3 Doelgroep	15
1.4 Plek in de keten	18
2. Behandelvisie	19
2.1 Herstel behandelrelatie	19
2.2 Relationale benadering	19
2.3 Autonomie en structuur	23
2.4 Grenzen stellen	24
2.5 De-escalatie	25
2.6 Versterken competenties	27
2.8 Herstelvisie	28
2.9 Houding, competenties en vaardigheden KIB-medewerkers	29
3. Observatie	33
3.1 Diagnostische processen	33
3.2 Systeemanalyse	39
3.3 Risico-inschatting en risicobeleid	40
4. Behandelfase	45
4.1 Verpleegkundig handelen en psychosociale interventies	46
4.2 Farmacotherapeutische behandeling	47
4.3 Non-verbale therapieën	47
4.4 Systeeminterventies	48
4.5 Psychologische en psychotherapeutische interventies	51
4.6 Ervaringsdeskundigen en lotgenotencontact	52
4.7 Aandacht diversiteit	53
5. Co-morbiditeit	57
5.1 Verslaving	57
5.2 Somatiek	58
6. Verwijzing en nazorg	61
7. Voorwaarden KIB aanpak	63
7.1 Gebouw en capaciteit	63
7.2 Aanwezigheid separatie- of afzonderingsruimte	63

7.3 Personeelscapaciteit	64
7.4 Reflectief milieu	64
8. Slotbeschouwing.....	67
Bijlage 1 Theoretische verdieping.....	71
Bijlage 2 Wat zeggen de relevante richtlijnen?.....	77
Literatuurlijst	86

Voorwoord

Voor u ligt de werkbeschrijving en onderbouwing *Omgaan met ontwrichting* voor de Klinisch Intensieve Behandeling (KIB).

Deze beschrijving is de tweede uitgave van de Klinieken voor Intensieve Behandeling die zich verenigd hebben in KIB Nederland. Al eerder verscheen *In Profiel, Klinieken voor Intensieve behandeling* (2014).

Deze uitgave is bedoeld als theoretische onderbouwing voor het handelen in de praktijk en geeft aan welke kwaliteitstandaarden worden nagestreefd door de KIB.

Allereerst beschrijft dit stuk de KIB-doelgroep, de uitgangspunten van de geboden behandeling en de werkwijze en methodieken die in de KIB's gebruikt worden. Het document geeft hiermee een beeld van de KIB's en wat verwijzers, hulpverleners, patiënten en hun naasten kunnen verwachten van een KIB-behandeling. Daarnaast heeft deze beschrijving tot doel om hulpverleners die te maken hebben met dreigende ontwrichting, informatie en handvatten te bieden die zij in hun eigen zorgpraktijk en afdeling kunnen toepassen.

De voorliggende werkbeschrijving geldt als eerste versie welke van tijd tot tijd geactualiseerd zal worden om uiteindelijk te komen tot een kwaliteitstandaard voor de KIB's. Ook stellen we ons voor om bepaalde onderwerpen van deze werkbeschrijving nader uit te werken en praktisch te maken voor de hulpverleners werkzaam in de KIB's.

KIB Nederland verenigt zes KIB's. Zij hebben met elkaar gemeen dat ze over expertise beschikken om goed om te gaan met mensen met multicomplexe problematiek die elders in hun behandeling zijn vastgelopen en zij zijn gespecialiseerd in het herstellen van ontwrichte behandelrelaties. De KIB's vervullen een belangrijke expertfunctie bij stagnerende behandelingen en hebben in dat opzicht een belangrijke plaats in het zorgaanbod voor mensen met complexe en ernstige psychische problemen die veelal geen vertrouwen meer hebben in hun behandelaars. Deze mensen hebben vaak baat bij een strak gestructureerde setting maar hebben tegelijkertijd sterke behoefte aan vertrouwen en ruimte om 'zich weer mens te kunnen gaan voelen'. Zonder uitzondering hebben alle KIB's mensen in zorg die zeer ellendige traumatische ervaringen in hun leven hebben opgedaan en om die reden op allerlei terreinen vastlopen, op school, op het werk, in het eigen gezin, in relatie met anderen. Deze mensen hebben heel veel moeite om zich te kunnen hechten en raken ontspoord en ontwricht. Zij lopen vast in de reguliere hulpverlening en omgekeerd lopen hulpverleners vast in de behandeling aan deze mensen. De KIB's zijn om die reden opgericht en hebben tot taak om mensen weer enigszins op de rit te helpen, te analyseren waarom iemand is vastgelopen en welke factoren van belang zijn om de ontwrichting op te heffen. Medewerkers van de KIB's zetten zich daar sterk voor in en zijn erin gespecialiseerd om de-escalerend te handelen en mensen weer vertrouwen te geven.

Om een eerste beeld te schetsen van de KIB's vatten we de kernpunten van de KIB's direct aan het begin van deze werkbeschrijving kort samen. In de slotbeschouwing gaan we in op de ontwikkelpunten voor de komende jaren.

De redactie

Kernpunten KIB

Het voornaamste doel van KIB's is het opheffen van een ontstane impasse in de behandeling en het herstellen van het vertrouwen van de patiënt om een hernieuwde behandelrelatie aan te gaan. Dit kan betekenen dat een KIB een hulpverlenersteam in de reguliere GGZ ondersteunt en adviseert of dat er wordt gekozen om een patiënt tijdelijk over te nemen. De KIB's richten zich op patiënten waarbij sprake is van ernstige gedragsproblematiek en een ontwrichte behandelrelatie tussen de patiënt en het verwijzend behandelteam.

Voor de KIB's gelden de volgende indicatiecriteria:

- leeftijd vanaf 18 jaar of (in het geval van De Jutters) 12-23 jaar;
- vastgelopen behandelrelatie;
- meervoudige problematiek (op as I en/of as II);
- frequente opnames en/of een lange GGZ-geschiedenis.

Behandeling op een KIB is erop gericht om de negatieve spiraal waarin de patiënt en de hulpverleners zich bevinden te doorbreken. Aandacht en interventies zijn niet zozeer gericht op het probleemgedrag zelf, maar op de dynamische risicofactoren die het probleemgedrag veroorzaken en in stand houden. Centraal in de visie van de KIB's staat het herstel van de behandelrelatie door middel van (a) het werken volgens de relationele benadering; (b) het aanbrengen van een balans tussen autonomie, structuur en begrenzing; (c) het toepassen van de-escalerende principes; (d) het versterken van competenties van de patiënt én van het verwijzend behandelteam; en (e) het ondersteunen van de patiënt in zijn herstelproces. Analyse van de ontwrichte behandelrelatie staat in een KIB voorop. Daarnaast is diagnostiek van agressief gedrag, zelfbeschadigend gedrag en suïcidaal gedrag van belang. De ontwrichting beperkt zich dikwijls niet tot de relatie tussen patiënt en hulpverlener. Vaak is er sprake van ontwrichting van het gehele systeem waarin de patiënt zich bevindt. Ondersteuning en behandeling van het systeem is daarom eveneens van belang.

Leidend in de behandeling is wat er gebeurt in de relatie tussen de patiënt en zijn omgeving. Een KIB zet samen met de patiënt en het verwijzende behandelteam het behandelbeleid uit. Vanuit een KIB gaat er zowel aandacht uit naar de patiënt als naar het verwijzende team; er wordt ingezet op het versterken van de competenties van

zowel de patiënt (zoals het omgaan met emoties bijvoorbeeld) als de competenties van de hulpverleners om goed om te kunnen gaan met de patiënt. Non-verbale therapieën spelen een belangrijke rol in de KIB's, met name in de eerste behandelfase waarin het weer in contact komen met de patiënt centraal staat.

Patiënten worden overgedragen naar de verwijzende GGZ-instelling indien er sprake is van een hersteld contact tussen patiënt en verwijzer én de verwachting dat het betreffende team goed in staat is de behandeling van de patiënt weer voort te zetten. Ook na terugplaatsing van de patiënt naar de verwijzende instelling houdt de KIB contact met het behandelteam en kunnen hulpverleners terugvallen op (de polikliniek of het consultatieteam van) de KIB. Ook houdt de KIB, naar behoefte van de patiënt, de eerste tijd contact met de patiënt zodat deze kan wennen aan de overgang. In een aantal gevallen blijkt terugkeer naar de verwijzende GGZ-instelling niet mogelijk of niet aangewezen en zijn er gegronde redenen om de behandeling in een andere (gespecialiseerde) setting voort te zetten.

1. Inleiding

1.1 Achtergrond

Nederland beschikt over zes Klinieken voor Intensieve Behandeling (KIB). Het betreft specialistische centra met een specifieke behandel functie voor mensen die ontregeld zijn en waarbij de behandelrelatie ernstig ontwricht is geraakt. Indien het ondanks alle inzet en inspanningen van hulpverleners niet meer lukt om die situatie te doorbreken, kunnen KIB's ondersteuning bieden. De KIB's bieden intensieve behandeling en zijn erin gespecialiseerd om de relatie tussen patiënt¹ en hulpverleners weer in balans te krijgen en te stabiliseren. Herstel van het contact en de behandelrelatie staan centraal. Daarnaast hebben de KIB's expertise om goed om te gaan met ontwrichtend en zelfbeschadigend gedrag. Vanuit deze expertise bieden de KIB's advies en consultatie aan de verwijzende GGZ-instellingen (Van Rooijen & Neijmeijer, 2014).

Operationalisatie van een ontwrichte behandelrelatie

Het kan voorkomen dat bij patiënten met ernstige psychiatrische stoornissen behandelingen stagneren en hulpverlener en patiënt niet meer tot een constructieve samenwerking komen en de patiënt niet meer kan werken aan zijn² herstel. Er wordt in deze gevallen gesproken van een ontwrichte relatie of een ontwrichte behandeling (Cuijpers e.a., 2015). Ontwrichting kan ontstaan in het contact met de patiënt én in het contact tussen de leden van het behandelteam. Een patiënt zorgt niet per definitie voor ontwrichting, ook de reactie van de hulpverleners op het gedrag van de patiënt speelt een belangrijke rol. Het doorbreken van ontwrichte situaties vergt veel geduld en zelfreflectie van teams en de teamleden. 'Moeilijk gedrag' moet niet enkel worden toegekend aan (de problematiek van) de patiënt, maar er moet ook gekeken worden naar de opstelling van hulpverleners. In de behandelrelatie oefenen zowel patiënt en hulpverleners als omstandigheden invloed op elkaar uit, ook wel transactioneel proces genaamd. Ziektebeelden en probleemgedrag moeten niet centraal staan, maar de interactie tussen de hulpverleners en de patiënt (In: Van Rooijen & Neijmeijer, 2014).

¹ In het document wordt gesproken over 'patiënten', omdat in de meeste KIB's deze term wordt gehanteerd.

² Wanneer in de tekst hij/zijn is opgeschreven, dan wordt ook zij/haar bedoeld.

De zes KIB's

Wanneer een patiënt wordt bestempeld als 'moeilijk te behandelen' en de behandelrelatie in een impasse is beland, wordt deze patiënt regelmatig doorverwezen naar een andere (reguliere GGZ-) instelling of verdwijnt deze uit zorg (Koekkoek e.a., 2006). De problematiek en het lijden van de patiënt continueert of verslechtert en het wantrouwen ten opzichte van hulpverlening groeit alleen maar (Boeckhorst, 2003; Kool e.a., 2013). Ook voor hulpverleners eisen moeizame behandeltrajecten hun tol in termen van welbevinden en burn-out (o.a. Koekkoek e.a., 2009; Bowers e.a., 2011) en een negatieve sfeer in het team of op de afdeling (Daffern e.a., 2006; Robertson e.a., 2012). De KIB's zijn eind jaren tachtig ontstaan als gespecialiseerde voorzieningen voor mensen met gedragsgestoorde en/of agressieve gedragingen die in de reguliere GGZ onvoldoende aansluiting konden vinden³.

De eerste KIB startte in Eindhoven, gevolgd door Amsterdam (Inforsa) en Den Haag (Palier). Alle drie maken ze deel uit van een GGZ-instelling, respectievelijk De Woenselse Poort, onderdeel van GGZ Eindhoven en de Kempen (GGzE), Arkin en de Parnassia Groep. Van meer recente datum zijn de categorale KIB's in Utrecht en in Boschoord (Drenthe). De KIB in Utrecht maakt deel uit van de Van der Hoeven Kliniek, onderdeel van De Forensische Zorgspecialisten. De KIB in Boschoord is onderdeel van Trajectum, een instelling voor behandeling en begeleiding van sterk gedragsgestoorde licht verstandelijk beperkten (SGLVB). Trajectum maakt deel uit van De Borg, een landelijk samenwerkingsverband van vier erkende SGLVB-instellingen. Deze categorale voorzieningen hebben een landelijke functie. KIB Inforsa, Palier en Eindhoven werken in principe supraregionaal. In geval van wachtlijsten worden patiënten over en weer verwezen (Van Rooijen & Neijmeijer, 2014). De KIB van De Jutters, Zilvermeeuw genaamd, is specifiek opgericht voor jongeren van 12 tot en met 23 jaar met ernstige psychiatrische problemen. KIB De Jutters heeft hiermee een landelijke functie gericht op het behandelen van en het bieden van consultatie bij ontwrichting binnen de jeugd-GGZ.

³ Waarmee we nadrukkelijk niet bedoelen te zeggen dat -door het oprichten van KIB's- het 'doorschuiven' van 'moeilijke' patiënten in de GGZ is opgelost.

Tabel 1A: Capaciteit KIB's 2013/2014

KIB	2013 Capaciteit /plaatsen	2014 Capaciteit /plaatsen	% van de totale KIB capaciteit 2014
KIB Inforsa	36	36	20%
CIB Palier	27	27	15%
KIB Trajectum	28	28	16%
KIB Eindhoven	26	26	15%
KIB Van der Hoeven	52	54	29%
KIB De Jutters	8	8	5%
Totaal	177	179	100

Bron: registratiesystemen KIB's

Tabel 1B: Aantal opgenomen patiënten 2014/2015

KIB Aantal opnames	2014	2015
KIB Inforsa	54	42
CIB Palier	59	54
KIB Trajectum	20	8
KIB Eindhoven	45	onbekend
KIB Van der Hoeven	37	26
KIB De Jutters	12	12
Totaal	227 (182, exclusief KIB Eindhoven)	142 (exclusief KIB Eindhoven)

Bron: registratiesystemen KIB's

Bovenstaande cijfers lijken te wijzen op een stabilisatie van het aantal opgenomen patiënten op de KIB's. Door de toegenomen verblijfsduur stromen er per jaar minder patiënten uit (Bron: Werkgroep KIB). Volgens de KIB's is de toename van de verblijfsduur het gevolg van een verzwarende van de doelgroep.

1.2 Doelen KIB

Herstel behandelrelatie

Het voornaamste doel van KIB's is het opheffen van de ontwrichting en het herstellen van de behandelrelatie. KIB's bieden specialistische en intensieve zorg aan patiënten die vaak al geruime tijd klinisch in behandeling zijn (geweest) in de reguliere GGZ, maar bij wie de behandeling desondanks gestagneerd is. Patiënten komen in aanmerking voor opname en behandeling in een KIB als er sprake is van ernstige gedragsproblematiek en als gevolg daarvan een ontwrichte behandelrelatie tussen de patiënt en het verwijzend behandelteam. Dat wil zeggen dat zij elkaar niet meer goed verstaan of dat het gedrag niet meer hanteerbaar is in de reguliere GGZ-instelling. De behandeling wordt daardoor feitelijk onmogelijk en kan niet meer goed tot haar recht komen. De crisis of de dreiging daartoe staat centraal waardoor het individuele contact met de patiënt onbedoeld op de achtergrond komt te staan. In de KIB's wordt daarom gewerkt aan het doorbreken van de ongewenste patronen en negatieve spiralen en het herstel van de behandelrelatie (Van Rooijen & Neijmeijer, 2014).

Het doel van een KIB is om de hulpverlening in de reguliere GGZ zo te ondersteunen en te adviseren dat zij de behandeling op een positieve manier kunnen voortzetten óf wel dat de KIB de behandeling tijdelijk overneemt om de behandelimpasse te doorbreken. In beide gevallen is het uiteindelijke doel de relatie tussen patiënt en hulpverlening zodanig te herstellen dat de patiënt met ondersteuning van de hulpverlening kan werken aan zijn herstel.

Casusbeschrijving

Bij Trajectum wordt een 28-jarige man aangemeld vanwege ontwrichting in de behandelrelatie en ernstige gedragsproblemen. Tijdens de intake treffen wij een organisatie aan waarin verschillende hulpverleners heftige emoties en soms zelfs angst ervaren omtrent het gedrag van deze patiënt. Voor het gemak noemen we hem Albert. Albert is al lange tijd bij de instelling in beeld, eerst binnen de ambulante tak, daarna bij verschillende behandelafdelingen. Er zijn honderden meldingen van overlast in de buurt. Albert is een man van normaal postuur, kaal hoofd, diverse tatoeages en vaak gekleed in bomberjacks. Vooral in zijn oogcontact kan hij dreigend overkomen. Albert is in het verleden bekend met diverse gewelds- en doodsb bedreigingen, mishandeling, verbale agressie, fysieke agressie en diefstal.

Diagnostisch gezien is er bij Albert door de jaren heen gesproken over ADHD, sensatiezoekend gedrag, een persoonlijkheid met antisociale trekken, autismespectrumproblematiek, schizofrenie, afhankelijkheid van diverse middelen en een groot aantal psychosociale problemen. Pas als Albert 25 jaar oud is, wordt er voor het eerst gesproken over zwakbegaafdheid.

Binnen de huidige instelling komen ze niet tot samenwerking met Albert en er blijven tal van incidenten. Er is sprake van grootheidswanen en regel-overtredend gedrag rond weglopen en middelengebruik. Albert wordt door het behandelend team als een ernstig gevaarlijke man gezien die met forse agressie kan reageren. Hij neemt geen verantwoording voor zijn gedrag en er is geen sprake van een leereffect. Bij incidenten wordt de politie standaard ingeschakeld, waarna hij met fors geweld en bewapening naar een separeersituatie overgebracht wordt.

Als we Albert treffen tijdens het intakegesprek wordt duidelijk dat hij vrijwel continu de regie probeert te behouden. Hij lijkt een in de basis angstige man die met bravoure en overschreeuwen reageert. Bij een rondleiding in de instelling merken wij op dat de gangen van de afdeling krap zijn, de slaapkamer is klein en de woonkamer behoorlijk volgebouwd. Bij een gesprek met het personeel in de personeelskamer, breekt Albert in en wordt hij door de begeleiding aangesproken op ongewenst gedrag op de gang. Onverstoorbaar gaat Albert door en het personeel laat hem zijn gang gaan. Dat er angst voor hem is, wordt zichtbaar als hij het personeelskantoor betreedt en daarop niet aangesproken wordt. Grenzen zijn vervaagd, kaders lijken weinig aanwezig en het personeel is angstig.

In dit intakegesprek is een functioneringsprofiel ingevuld om te kijken naar de balans tussen het 'kunnen' en 'aankunnen' van Albert en de inschatting die de begeleiding maakt. Hierbij wordt gebruik gemaakt van een leeftijdsinschatting die aan elk domein gehangen wordt. De instelling schat Albert op het sociaal-emotionele gebied en het gebied van de identiteitsontwikkeling op een leeftijd vergelijkbaar met een puber.

Trajectum neemt de behandeling van Albert voor bepaalde tijd over om te trachten tot meer samenwerking te komen, een juiste diagnose te kunnen stellen en de daarbij behorende begeleidingsstijl en begeleidingsbehoefte vast te stellen. In de observatieperiode wordt duidelijk dat Albert sociaal-emotioneel op een veel lager niveau functioneert dan werd ingeschat door de verwijzende instantie. Emoties worden nauwelijks doorleefd gevoeld en alleen aan de basisemoties kan Albert woorden geven. Hij lijkt totaal afhankelijk van de begeleiding om emoties en spanningen voldoende te kunnen reguleren. De inschatting is dat Albert op een niveau functioneert dat vergelijkbaar is met een kind van 0-24 maanden. Binnen de verwijzende instantie heeft Albert verantwoordelijkheden en ruimte gekregen die niet passen bij de ontwikkelingsleeftijd waardoor hij chronisch overvraagd werd. Vanuit deze overvraging werd Albert psychotisch, angstig, dreigend en fysiek agressief. Uiteindelijk wordt de diagnose MCDD (Multiple Complex Developmental Disorder) gesteld, is er medicamenteus geïntervenieerd en wordt Albert aangesproken op het sociaal-emotioneel ontwikkelingsniveau dat bij hem past. Hierbij wordt wel rekening gehouden met de kalenderleeftijd en wordt ervoor gewaakt om kinderlijk over te komen. Duidelijke structuur, ritme, regels en voorspelbaarheid zorgen voor veiligheid. Incidenten komen heel weinig voor en Albert lijkt een stuk rustiger te functioneren. Na behandeling op de KIB is hij succesvol uitgeplaatst naar een vervolgvoorziening die bij de ketenorganisatie hoort. Hij is niet teruggegaan naar de verwijzende afdeling. De inschatting was dat de omgeving daar onvoldoende ingesteld was op zijn behoeften, waardoor er onherroepelijk

op korte termijn opnieuw ontwrichting zou ontstaan. Er wordt met de verwijzende instantie gesproken over aanpassingen die helpend kunnen zijn voor volgende patiënten met vergelijkbare problematiek.

Consultatie en deskundigheidsbevordering

KIB's hebben de expertise en ervaring in huis om de impasse in de behandeling te doorbreken. In eerste instantie kan een beroep worden gedaan op de consultatiefunctie van de KIB om advies in te winnen. Dit reikt verder dan een eenmalig telefonisch consult. Indien aangewezen kan een medewerker van het consult-team ter plekke coaching bieden aan het betreffende team. De medewerker van de KIB kan met het team meedenken om te voorkomen dat gedragspatronen die eerder problematisch bleken te zijn voor de behandelrelatie tussen patiënt en team, opnieuw terugkeren. De KIB-medewerker vervult aldus een rolmodel voor het team. Idealiter zal de KIB-medewerker het team adviseren en begeleiden om andere handelingspatronen neer te zetten en als team een andere koers te varen.

Bij alle KIB's is de consultatiefunctie beschikbaar als nazorg, dus ná een KIB-traject. Bij Palier, Inforsa en Van der Hoeven is daarnaast 'preventieve consultatie' mogelijk. Medewerkers van Palier en Inforsa kunnen in onderling overleg observatie verrichten in het team van de (verwijzende) instelling. Op deze wijze is het mogelijk training 'on the spot' te bieden en het team ter plekke feedback te geven op hun handelen. Bij de Van der Hoevenkliniek kan een groepsdynamisch consult worden aangevraagd.

In onderlinge samenwerking verzorgen de KIB's Inforsa, Palier en Eindhoven trainingen aan hulpverleners van GGZ-instellingen, gericht op het omgaan met ernstige gedragsproblematiek en het voorkomen van ontwrichting in de behandelrelatie. Trainingen kunnen ook *in company* worden aangeboden. Het betreft een landelijke training die door de drie genoemde KIB's samen is ontwikkeld en wordt aangeboden (Van Rooijen & Neijmeijer, 2014).

Tijdelijke overname van zorg

Indien er sprake is van een dusdanig geëscaleerde situatie dat consultatie van een KIB onvoldoende uitkomst biedt voor het GGZ-team, wordt meestal besloten tot klinische overname van de zorg door de KIB. Uit de literatuur blijkt dat in geval van een onsuccesvolle (klinische) behandeling een tijdelijke overname door een andere, specialistische instelling een oplossing kan bieden (o.a. Bos e.a., 2012).

Wanneer een patiënt wordt aangemeld bij de KIB wordt de indicatieprocedure in gang gezet. Indien er geen wachtlijst is, kan vrij snel tot overplaatsing worden besloten om zo de impasse in de behandeling en de negatieve spiraal in de interactie tussen team

en patiënt te doorbreken. Dit biedt beide partijen voordelen. Het verwijzend behandelteam wordt tijdelijk ontlast en kan op adem komen. Er ontstaat ruimte om met meer afstand te reflecteren op de ontstane situatie en te analyseren wat er is gebeurd en welke factoren een rol hebben gespeeld in dit geheel. Ook zal in het team besproken moeten worden of het mogelijk was geweest om de escalatie te voorkomen of tijdig om te buigen. Dit vergt een gedegen teamevaluatie waarbij desgewenst ook een behandelaar vanuit de KIB als kritische buitenstaander kan worden uitgenodigd. Het team zal aldus bij zichzelf te rade moeten gaan, met het oog op het vervolgtraject wanneer de patiënt vanuit de KIB weer wordt teruggeplaatst. De behandeling in de KIB kan kort- of langerdurend zijn, maar is altijd tijdelijk.

Kortdurende opnames zijn crisisopnames- en interventies, kortdurende observatie en diagnostisch onderzoeken (bijvoorbeeld ter verkrijging van een second opinion). Een crisisopname duurt gemiddeld zes weken. De gemiddelde duur van kortdurende opnames om andere redenen is drie maanden. Langdurende behandelopnames duren gemiddeld zes maanden (KIB Van der Hoeven Kliniek gemiddeld 10 maanden). Twee jaar is de maximale duur van een langdurende opname.

1.3 Doelgroep

De doelgroep van de KIB's bestaat doorgaans uit volwassen patiënten met ernstige psychiatrische aandoeningen (EPA) in combinatie met gedragsproblemen en intensieve zorgbehoeftes. Alleen bij De Jutters gaat het om jongeren van 12 tot en met 23 jaar. De patiënten verblijven vaak al geruime tijd in de klinische GGZ. Er is sprake van een zodanig problematische wisselwerking tussen de patiënt en zijn omgeving dat het systeem waarvan hij deel uitmaakt, dreigt te desintegreren. Mede als gevolg van de heftigheid en aanhoudendheid van het probleemgedrag is de behandelrelatie ontregeld. Pogingen om de interactie om te buigen in een positieve, constructieve richting hebben niet tot resultaat geleid. Bij de behandelteams kan dit leiden tot ontmoediging, burn-out en in incidentele gevallen zelfs tot (secundaire⁴) traumatisering. Vaak is ook de relatie met het bredere sociale systeem verstoord. Voorbeelden van ontwrichtend gedrag zijn: ernstig agressief en/of acting-out gedrag, seksueel grensoverschrijdend gedrag, zelfbeschadigend gedrag, automutilatie, suïcidaliteit en ernstig manipulatief gedrag. Aan ontwrichtend gedrag kunnen verschillende ziektebeelden ten grondslag liggen (zie ook paragraaf profiel KIB-patiënt).

⁴ Secundaire traumatisering is de term die staat voor PTSS-achtige klachten van de therapeut, zoals intrusieve beelden of gedachten, nachtmerries en hyperarousal. Deze klachten kunnen ontstaan door de impact van de verhalen van de getraumatiseerden op de therapeut (Smith et al, 2001).

De KIB's Van der Hoeven Kliniek en Trajectum richten zich op een specifieke doelgroep en hebben een landelijk verzorgingsgebied. Trajectum richt zich specifiek op patiënten met een licht verstandelijke beperking (IQ tussen 50 en 85) in combinatie met ernstige psychiatrische en/of gedragsproblematiek. De KIB Van der Hoeven Kliniek richt zich op patiënten die vanuit een psychiatrische stoornis ernstig agressief en/of (delict)gevaarlijk gedrag vertonen – zonder dat zij over een strafrechtelijke titel beschikken. Patiënten zijn afkomstig vanuit een klinische GGZ- of forensische setting, maar komen ook van de straat.

KIB Trajectum en KIB Van der Hoeven Kliniek behandelen uitsluitend patiënten met een civielrechtelijke titel (RM). De andere KIB's behandelen zowel patiënten op vrijwillige basis als patiënten die met een RM zijn opgenomen. Op de gesloten units verblijven hoofdzakelijk gedwongen opgenomen patiënten.

Voor de KIB's gelden de volgende indicatiecriteria:

- leeftijd vanaf 18 jaar of (in het geval van De Jutters) 12-23 jaar;
- langdurige ontwrichting van de behandelrelatie;
- meervoudige ernstige problematiek op as I en/of as II;
- herhaaldelijke opnames en/of een lange GGZ-geschiedenis.

Patiënten die behandeld worden in een KIB worden vaak bestempeld als 'moeilijke patiënt' of 'moeilijk te behandelen patiënt'. Onderzoek laat zien dat *de* moeilijke patiënt niet bestaat. Wel blijkt uit literatuur dat bepaalde patiëntkenmerken in combinatie met teamfactoren ertoe kunnen leiden dat de patiënt als moeilijk wordt *ervaren* (Colson e.a. 1985). Het gaat hierbij om gedragskenmerken, zoals bizar gedrag bij de regressieve, psychotische patiënt die geen of nauwelijks contact toelaat, om ernstige persoonlijkheidsstoornissen met eisend, controlerend en agressief verbaal gedrag, potentiële of feitelijke agressie, impulsiviteit, agitatie, suïcidaal en zelfdestructief gedrag. Binnen het behandelteam is er in relatie tot de bovenbeschreven groep patiënten vaak sprake van teamsplitsing, negatieve gevoelens of diagnostische twijfel (Colson, 1990). Hulpverleners van een KIB zullen zich bewust moeten zijn van de factoren die op teamniveau kunnen optreden, om niet in dezelfde 'valkuilen' te lopen als hun collega's in de reguliere GGZ.

Profiel KIB-patiënt

Het belangrijkste overeenkomstige kenmerk van KIB-patiënten is dat er sprake is van een ontwrichte behandelrelatie. Daarnaast komen de volgende kenmerken voor: ernstig agressief en/of acting-out gedrag, seksueel grensoverschrijdend gedrag, (chronische) suïcidaliteit, zelfbeschadigend gedrag, ernstig manipulatief gedrag, en therapie-resistentie. Aan deze gedragingen kunnen verschillende ziektebeelden ten grondslag liggen. Op een

KIB verblijven zowel patiënten met psychotische stoornissen als ernstige persoonlijkheidsstoornissen, autismespectrum stoornissen, dissociatieve identiteitsstoornissen en trauma gerelateerde problematiek. Veel patiënten hebben tevens verslavingsproblematiek. Onder patiënten van De Jutters is veel sprake van hechtingsproblematiek. Ook onder de volwassen KIB-patiënten wordt soortgelijke problematiek gezien. Bij hen neemt dit de vorm aan van een 'onrijpe' persoonlijkheid of identiteit.

Vaak is er sprake van co-morbiditeit en hebben verschillende diagnoses elkaar in het verleden afgewisseld. Bij 75% van de patiënten is sprake van middelenmisbruik.

Tabel: Diagnoses bij aanmelding, voorbeelden

Diagnose bij aanmelding	CIB Palier 2013	Inforsa 2015
DIS	4	
BPS	34	11
Bipolair		6
Schizo-affectieve stoornis		8
Schizofrenie	10	47
PTSS	8	3
Onbekend/ Onduidelijk	6	9
Niet Aangeboren Hersenletsel		4
zwakbegaafd		1
ASS en middelenmisbruik		8
Overig (meestal combinatie diverse psychiatrische beelden)	17	
Pers.st. NAO	7	
Totaal	86	97

Bron: Registratiesystemen CIB Palier en Inforsa. Voor de overige KIB's was deze informatie niet (of op een niet-vergelijkbare manier) beschikbaar.

1.4 Plek in de keten

De KIB's zijn hoogspecialistische (voorheen: derdelijns) voorzieningen. In de keten vervult de KIB twee rollen: KIB als 'laatste man'⁵ en KIB als eerste aangewezen afdeling.

KIB als 'laatste man'

Een behandeltraject in een KIB volgt op vastgelopen behandeltrajecten in de reguliere GGZ. Een KIB is in dat geval de laatste voorziening in de GGZ-keten en fungeert daarmee als 'laatste man'. Na een intensief behandeltraject in een KIB wordt de patiënt weer doorverwezen naar minder intensieve (reguliere GGZ) zorg. De KIB als 'laatste man' zet daarmee de patiënt en het verwijzende team weer in positie om vooruit te komen. De KIB als 'laatste man' betekent dus niet 'het eindstation', een plek waar de patiënt nooit meer wekomt. Een opname in een KIB komt ook nadrukkelijk ná nieuwe initiatieven, zoals High Intensive Care (HIC) en Assertive Recovery Triad (ART). HIC's zijn bedoeld voor kortdurende (tot 6 weken) interventies in een ambulant traject. KIB's behandelen langer en nemen veelal patiënten over uit andere klinische settings. De KIB's merken op dat er momenteel veel aanmeldingen vanuit de HIC's komen.

De KIB als eerst aangewezen afdeling

Enkele KIB's nemen ook patiënten op die op het moment van opname niet elders in behandeling zijn, maar wel een verleden van behandeling en opnames hebben. Hoewel de meeste patiënten vanuit een klinische setting opgenomen worden, worden patiënten ook wel vanuit een ambulante setting aangemeld en, af en toe, vanuit detentie. Deze patiënten hebben meestal wel een verleden met langdurige klinische opnames. Wanneer een vergelijkbare opname niet zinvol (meer) wordt geacht, kan er voor de KIB gekozen worden. Het gaat met name om patiënten met ernstige psychiatrische aandoeningen, die over het algemeen ook verslaafd zijn, zorgmijddend, en veel overlast voor hun omgeving veroorzaken. Ook bij deze patiënten is er sprake van een verstoorde behandelrelatie.

⁵ De laatste man is een voetbalterm die wordt gebruikt voor de verdediger die (meestal) de leiding over de verdediging neemt. Deze positie vereist een goed overzicht over de verdediging die dan door de laatste man kan worden georganiseerd. De laatste man heeft niet enkel een belangrijke positie in de verdediging, maar ook in de aanval (Wikipedia).

2. Behandelvisie

De KIB's hebben overeenkomsten als het gaat om visie, beleid en methodisch handelen. Daarbij hanteren de afzonderlijke KIB's eigen methodische werkwijzen en worden eigen accenten gelegd in de behandeling en begeleiding. Centraal in de visie van de KIB's staat het herstel van de behandelrelatie door middel van (a) het werken volgens de relationele benadering; (b) het aanbrengen van een balans tussen autonomie, structuur en begrenzing; (c) het toepassen van de-escalerende principes; (d) het versterken van competenties van de patiënt; en (e) het ondersteunen van de patiënt in zijn herstelproces.

2.1 Herstel behandelrelatie

De patiënten die opgenomen zijn op de KIB vertonen forse gedragsproblematiek. Behandeling op de KIB is erop gericht om de negatieve spiraal van acting-out gedrag en beheersing (actie en reactie) te doorbreken. Dat doet men door de aandacht en interventies niet zozeer te richten op het probleemgedrag zelf, maar op de factoren die het probleemgedrag veroorzaken en in stand houden. Daarbij is de focus niet op het verleden, maar op het hier en nu gericht. Vanuit klinisch oogpunt vormt het doorbreken van behandelimpasses en het voorkómen van nieuwe behandelimpasses een relevant probleem, niet alleen vanwege de zware belasting voor de betrokken hulpverleners, maar ook vanwege de schadelijke gevolgen van negatieve interactiespiralen voor patiënten (Hinshelwood, 1999; Sonneborn & Dijkstra, 2003). De focus ligt op het herstel van de behandelrelatie. Daarmee wordt de stoornis van de patiënt minder relevant en dient geanalyseerd te worden welke (veranderbare) contextuele aspecten de probleemgedragingen veroorzaken en in stand houden. De houding van de hulpverlener is een belangrijk aspect en vertrekpunt in de relationele benadering.

2.2 Relationele benadering

In alle KIB's wordt gewerkt vanuit een relationele benadering. Om deze benadering handvatten te geven, wordt in een aantal KIB's gewerkt volgens een bepaald theoretisch model, waarin de relationele benadering centraal staat. Zo werken Palier en GGzE volgens de principes van de 'Attachment Theory' (Ainsworth & Bowlby, 1991) en het 'Relationship Management Model' (Dawson & MacMillan, 1993) en staat bij Inforsa de presentiebenadering (Baart, 2001) centraal. Onderstaand volgt eerst een toelichting op relationeel werken. Vervolgens worden de Attachment Theory, het Relationship Management Model en de presentiebenadering nader toegelicht.

De relationele benadering gaat ervan uit dat ieder mens in goede relatie wil staan met zijn omgeving. Gevoelens van angst, eenzaamheid, afhankelijkheid, wantrouwen, woede, et cetera worden gezien als uitingen van het zoeken naar een evenwicht tussen autonomie en verbondenheid. Medewerkers van de KIB's ondersteunen de patiënt in het herkennen van deze emoties en het hervinden van de balans. Het bieden van een veilige omgeving en het opbouwen van een samenwerkingsrelatie zijn daarvoor een voorwaarde.

De relationele benadering is nauw verweven met de responsieve benadering. Deze benadering houdt in dat hulpverleners reageren en ingaan op signalen van de patiënt. Signalen van onrust, hoe miniem soms ook, worden altijd bespreekbaar gemaakt. Patiënten krijgen de ruimte om zich te uiten of hun emoties te ontladen.

Relationeel werken kijkt op een andere dan tot nu toe gangbare manier naar hulpverlening, relaties en de betekenis hiervan. Het staat in contrast met beheersmatig te werk te gaan en de (vak)kunde van de hulpverlener als leidend en op te volgen principe te nemen (Schaftenaar, 2015). In plaats daarvan draait het om contextueel kijken en handelen, met ruimte om te oefenen en te leren (Schaftenaar, 2013) in een positief leefklimaat (Van der Helm, 2011). In deze context wordt in afstemming met de patiënt en zijn (behandel)behoeftes gehandeld. Hulpverleners zullen in elke situatie weer opnieuw verstandige afwegingen moeten maken, samen met de patiënt. De centrale vraag hierbij is steeds: "Wat is hier en nu het beste om te doen" en het antwoord daarop wordt vervolgens ook uitgevoerd (Baart e.a., 2011; Schaftenaar, 2015). Een lerende organisatie, waarin reflectie een belangrijke plaats heeft is hiervoor een voorwaarde (Schaftenaar, 2015).

Legitimatie relationele benadering

Onafhankelijk van de keuze voor een specifieke psychotherapievorm blijkt de behandelrelatie een belangrijke voorspeller voor het effect van de behandeling (Bøgwald, 2001; Wampold, 2001; Lambert & Barley, 2001; Meier e.a., 2005; Keijsers, Schaap, & Hoogduin, 2000 in Keijsers, 2014; Horvath, Del Re, Flückiger, & Symonds, 2011). *'One of the most consistent findings emerging from psychotherapy research is that the quality of the therapeutic alliance is a robust predictor of outcome across a range of different treatments and that, conversely, weakened alliances are correlated with unilateral termination by the patient'* (Safran e.a., 2011). Ook in zowel de meer analytisch georiënteerde (zoals Transference Focussed Psychotherapy) als de meer cognitief georiënteerde psychotherapieën (zoals Schema Focussed Psychotherapy) wordt gesproken over de waarde van het contact en blijkt de kwaliteit van de relatie tussen hulpverlener en patiënt van cruciaal belang te zijn (Giesen-Bloo et al., 2006). De verbetering van welke

psychotherapievorm dan ook, zal het meest waarschijnlijk tot stand komen wanneer de hulpverlener zich optimaal verhoudt tot de patiënt (Lambert & Barley, 2001).

Patiënten van de KIB's hebben negatieve ervaringen met hulpverlening en daarnaast ervaren zij op verschillende levensgebieden (school, werk, sociale contacten) moeilijkheden. Bij patiënten waarbij er sprake is van een gebrek aan successen (in het leven), een gebrek aan vertrouwen in de hulpverlening en een gebrek aan algehele verbinding, is het van belang om als hulpverlener de verbinding te zoeken en de relatie als leidend perspectief in de hulpverlening te nemen.

Theorie relationele benadering

Er zijn zes betekenissen te onderscheiden van relationele hulpverlening. De rode draad is dat de relatie helpt om aan te sluiten, goede zorg te bieden en zo nodig te beperken, af te grenzen of tegendruk te bieden (Baart & Carbo, 2013):

1. *Erkenning*. De relatie is de plek waar de zorgontvanger gezien wordt (voor wie hij is) en waar blijkt dat hij ertoe doet.
2. Het kader van *afstemming*. Door de relatie begrijp je beter wie de ander is, weet je wat er op dat moment toe doet, waar je de ander recht mee doet in die context.
3. *Podium*. De relatie geeft de ruimte waarin hij zich kan laten zien en laten kennen (om te tonen wie hij is en wat hij nodig heeft).
4. *Legitimatie*. Voor zorgen/behandelen zijn (wettelijke) kaders, maar wat iemand nodig heeft laat zich het best door de relatie bepalen.
5. *Oefenruimte*. De relatie biedt ook ruimte waar iemand kan leren, proberen.
6. *Sociale verbintenis*. Tot slot is de relatie een sociale aangelegenheid: je telt mee, bent niet alleen.

Attachment Theory en Relationship Management Model

Bij patiënten die zijn aangemeld bij een KIB is veelal sprake van een zogenoemde 'onopgeloste hechtingsstijl' ('*unresolved attachment style*'; Ernste & Visser, 2002). Dit betekent dat de hechtingspersonen in het verleden vaak niet beschermend en zorgend waren, maar gewelddadig en juist angst opriepen (Lyons-Ruth & Jacobvitz, 1999; Kool e.a., 2013). Dientengevolge verhindert het wantrouwen jegens anderen de patiënt om een constructieve, emotionele band en sociale interactie aan te gaan. Patiënten worden door KIB-medewerkers gezien als personen die verantwoordelijk zijn voor het eigen gedrag, binnen hun mogelijkheden en beperkingen. Ze worden niet gestraft of beschuldigd voor hun problematische gedrag, maar worden gevraagd te onderzoeken hoe hun gedragingen de relaties met anderen verstoren. Elementen van cognitieve gedragstherapie worden geïntroduceerd door patiënten te helpen om onaangepaste coping-stijlen om te zetten naar meer adaptieve coping-stijlen (Kool e.a., 2013).

Het gedachtengoed van het Relationship Management Model (Dawson & MacMillen, 1993), dat oorspronkelijk geschreven is voor toepassing op patiënten met borderline persoonlijkheidsstoornissen, biedt de KIB's handvatten in de omgang met patiënten met een ernstige psychiatrische stoornis. Het model is gericht op het voorkomen van ernstige communicatieproblemen en (zelf)beschadigend gedrag van de patiënt. Dawson & MacMillan (1993) benadrukken dat veel van de extreme symptomatologie van mensen met ernstige gedragsproblemen wordt opgeroepen in het contact met de hulpverlener. Hoe harder de hulpverlener zich geroepen voelt om te helpen, hoe meer de hulpverlener ook geneigd is de verantwoordelijkheid over te nemen van de patiënt. Dit kan echter juist leiden tot een ontwrichte relatie. De essentie van het relationship-managementmodel is het hanteren van een basishouding, waarbij de hulpverlener wel consequent het contact aanbiedt en daarbij systematisch de kwaliteiten van de patiënt aanspreekt en vermijdt om de verantwoordelijkheid van de patiënt over te nemen. Gesteld kan worden dat een goede relatie volgens dit model erop gericht is om de patiënt met ernstige psychiatrische problematiek en gedragsproblemen weer verantwoordelijk te laten zijn voor zijn keuzes. Hierbij stelt de hulpverlener zich naast de patiënt op, in een begeleidende en ondersteunende rol. Het model heeft hiermee overeenkomsten met de presentiebenadering (Baart, 2001). De behandelaar mag empathisch zijn, begripvol en steunend, en probeert te vermijden om oplossingen aan te dragen of openlijk te trachten bepaald gedrag van de patiënt te beteugelen (Cuijpers e.a., 2015).

De presentiebenadering⁶

Bij de presentiebenadering staat 'er zijn voor de ander' centraal, zodat een vertrouwensrelatie kan worden opgebouwd, de ander zich gezien en gehoord voelt en zich volwaardig mens voelt. Alleen al doordat er iemand is die je ziet als volwaardig mens, kan er beweging in de goede richting ontstaan. In de presentiebenadering wordt die beweging niet afgedwongen, de ander hoeft niet te veranderen. Door de ander onvoorwaardelijk te accepteren, ontstaat er ruimte voor wat zich niet laat maken of afdwingen (Baart, 2001). Baart stelt dat mensen in een kwetsbare situatie vaak worden gewezen op alles dat niet deugt, wat anders moet en op waar ze in negatieve zin afwijken van de norm. Deze houding benadrukt hun zwakte. Juist als hulpverleners ze benaderen als volwaardig mens, zien ze hun eigen kracht weer en krijgen ze vertrouwen in de mogelijkheid om hun leven weer op een voor hen zinvolle manier in te vullen. Dat maakt ruimte voor wensen en verandering (Baart, 2001).

⁶ De presentiebenadering is veelomvattender dan hier staat beschreven. Voor meer informatie: Baart A. (2001). Een theorie van de presentie. Utrecht: Lemma. Baart A., Van Dijke J., Ouwerkerk M. & Beurskens, E. (2011). Buigzame zorg in een onbuigzame wereld, presentie als transitiekracht. Den Haag: Boom Lemma Uitgevers.

2.3 Autonomie en structuur

De patiënten van de KIB zijn gevoelig voor factoren in hun omgeving, in dit geval de afdeling of kliniek waar zij in behandeling zijn. Als de omgeving dermate gestructureerd is dat de regie bij de patiënt wordt weggehouden, kan dit tot problemen leiden. Zij ervaren onvoldoende autonomie en reageren daarop, waarop vervolgens (nieuwe) sancties volgen. Het is dus belangrijk om de omgevingsfactoren kritisch te bezien en ervoor te zorgen dat patiënten de mogelijkheid hebben om zelf regie te houden of te herwinnen. Te weinig structuur werkt echter eveneens averechts. Voor patiënten met LVB geldt bijvoorbeeld dat zij in de reguliere GGZ vaak te veel autonomie hebben gehad, zich overvraagd voelden en hierop reageerden met agressief en/of ontwrichtend gedrag. Het is zaak om een goede balans aan te brengen tussen autonomie en structuur. Binnen een bepaald kader, dat per patiënt wordt bepaald, krijgt de patiënt maximale autonomie en 'probeer-ruimte'. KIB-medewerkers zullen dit ook moeten aankaarten op de afdelingen van de verwijzende instellingen zodat de medewerkers aldaar zich bewust zijn van de invloed van omgevingsfactoren en daar beter rekening mee kunnen houden.

Een klein kwalitatief onderzoek bij CIB Palier (Bos e.a., 2012) wees uit dat de twaalf deelnemende patiënten hun behandeling als positief beoordeelden. Het therapeutische klimaat werd door de patiënten als zeer strikt ervaren, met een focus op structuur, samenwerking en veiligheid. Alle patiënten gaven aan dat zij aan het begin van hun opname geen motivatie hadden, maar dat de structuur, samenwerking en veiligheid hen juist de ruimte gaf voor stabilisatie en verandering.

Casusbeschrijving

Het betreft Sandra, een 23-jarige jongedame die aangemeld wordt bij de KIB Eindhoven wegens een vastgelopen behandelrelatie. In de aanmelding wordt gesteld dat de diagnose Borderline Persoonlijkheidsstoornis in combinatie met PTSS de behandel dynamiek bepalen.

De aanmeldvraag luidt: handvatten om om te gaan met ernstige zelfbeschadiging en de suïcidale gedragingen van Sandra.

Tijdens het consult ter plekke, waarbij Sandra, haar ouders, de verpleegkundigen, de psychiater en de psycholoog aanwezig zijn, wordt gesproken over de dynamiek. Gaandeweg het gesprek wordt duidelijk dat er een verschil in opvatting bestaat tussen het behandelend team en de staf. Het verpleegkundig team krijgt steeds meer contact met Sandra tijdens gesprekken komen relevante thema's uit haar verleden aan bod, haar huidige coping et cetera. Met enige regelmaat doet Sandra echter nog suïcidale uitingen en beschadigt ze zich hevig. De reactie vanuit de staf is repressief: risico's moeten vermeden worden en bij suïcidale dreiging wordt ze beperkt in haar vrijheden. De verpleegkundigen raken daardoor letterlijk in gevecht met Sandra en dreigen het

eerder opgebouwde contact te verliezen. De crisis wordt gedefinieerd als een relationele crisis en overname op een open afdeling van de KIB wordt aangeboden. Hierbij wordt ingestoken op een heldere risicotaxatie van het suïcidale gedrag. In overleg met de geneeskundige directie wordt een verantwoord risicobeleid gevoerd (dwz dat Sandra meer vrijheid krijgt om te oefenen met gegeven vrijheden) om zo het contact tussen Sandra en haar hulpverleners te kunnen herstellen. Dit wordt in nauw overleg met de verwijzer gedaan, waardoor deze bij terugkomst van Sandra dit beleid kan doorzetten in afstemming met de eigen geneesheer-directeur.

Na een jaar gaat Sandra terug naar de afdeling van herkomst, met een duidelijk begeleidings- en crisisplan. Er wordt inmiddels minder sederende medicatie voorgeschreven en zij wordt gericht medicamenteus behandeld voor haar nachtelijke herbelevingen. Er wordt teamcoaching vanuit de KIB aangeboden (multidisciplinair) om het nieuwe behandelbeleid na terugkeer te kunnen blijven voortzetten. Een jaar later woont Sandra in een eigen woning, met een crisisplan en de mogelijkheid kortdurend gebruik te maken van een klinische afdeling wanneer dat nodig is.

De KIB's hebben veel patiënten die vanwege agressie zijn doorverwezen. Er is daarom veel aandacht voor het voorkomen van agressie binnen de instelling, waarbij vroegsignalering en tijdig ingrijpen (op proactieve wijze, niet-repressief) belangrijk zijn. Verderop komen we hierop terug (zie 2.5)

2.4 Grenzen stellen

Hoewel het niet (altijd meteen) op de voorgrond staat, moeten KIB-medewerkers ook kaders bepalen en grenzen stellen. In de literatuur wordt dit aangeduid met 'limit-setting': het neerzetten van de parameters van gewenst en acceptabel gedrag en het stellen van grenzen opdat agressief gedrag wordt voorkomen (Robertson e.a., 2012). Hoewel het stellen van grenzen onderdeel is van de dagelijkse praktijk in de zorg aan patiënten met complexe problematiek en acting out gedrag, blijkt uit de literatuur dat het ook één van de meest voorkomende oorzaken is van agressie door patiënten jegens hulpverleners (Nijman, 2002; Nijman, e.a., 1999). Verder is er bewijs dat limit-setting negatief geassocieerd is met percepties van patiënten en hulpverleners over hun therapeutische relatie (Neale & Rosenheck, 2000). In de behandelvisie van de KIB's is het uitgangspunt dat patiënten de mogelijkheid hebben om zelf regie te houden of te herwinnen, maar wel binnen bepaalde kaders.

In een empirische studie (Lancee e.a., 1995) werden zes mogelijke uitvoeringen van limit-setting onderzocht: 'kleinering'; het gebruik van banaliteiten of platitudes (algemene, veelgebruikte reacties die niet ingaan op de specifieke situatie); het bieden van één oplossing zonder opties; het bieden van een oplossing én opties; affectieve betrokkenheid (het uiten van zorg en aandacht besteden aan de subjectieve beleving van

de patiënt). Uit het onderzoek blijkt dat drie van de zes uitvoeringen van limit-setting effectief kunnen zijn in het stellen van grenzen zonder agressief gedrag bij de patiënt uit te lokken: het bieden van oplossingen én opties, affectieve betrokkenheid en een combinatie van affectieve betrokkenheid én opties. Wanneer het specifiek impulsieve patiënten betrof, was enkel de uitvoering 'affectieve betrokkenheid én opties' effectief. In een andere kwalitatieve studie (Vatne & Fagermoen, 2007) werden twee uitvoeringen van limit-setting onderzocht: corrigeren en erkenning. Uit de studie bleek dat patiënten 'corrigeren' associeerden met afwijkend, controle en dwang. Erkenning werd geassocieerd met compassie en respect. De auteurs concludeerden dat het erkennings-perspectief effectiever was in het voorkómen van escalatie en ontwrichtend gedrag. De twee studies duiden erop dat interpersoonlijke vaardigheden van hulpverleners en een coöperatieve probleemoplossende stijl de belangrijkste strategieën zijn die agressief gedrag kunnen voorkomen of verminderen (Robertson e.a., 2011).

2.5 De-escalatie

De-escalerend werken is een belangrijk aspect in de hulpverlening van KIB's. De-escalatie omvat het gebruik van verbale en non-verbale vaardigheden om potentieel agressieve situaties op te lossen en de rust bij de patiënt te doen terugkeren (Cowan e.a., 2003). Het wordt gezien als een belangrijk onderdeel van agressie-management in de GGZ, met name met betrekking tot het verminderen van het gebruik van afzondering, separatie en beperkingen (Robertson e.a., 2012). De-escalatie door KIB-medewerkers wordt gekenmerkt door een viertal aspecten:

- KIB-medewerkers hebben oog voor de sfeer op de groep en de wijze waarop individuele patiënten zich bewegen en gedragen;
- Eventuele signalen van onrust worden bespreekbaar gemaakt. Dit vraagt van medewerkers een responsieve opstelling. Patiënten krijgen de ruimte om zich te uiten of hun emoties op een meer positieve manier te ontladen.
- KIB-medewerkers bieden patiënten veiligheid en nemen onrust weg. Patiënten hebben er vaak baat bij als er duidelijke grenzen worden gesteld maar het is vooral de kunst om respectvol te kunnen begrenzen als de situatie daarom vraagt. Medewerkers van de KIB moeten de situatie voortdurend in ogenschouw nemen en een inschatting maken.
- Op een aantal KIB's (Inforsa en Eindhoven) zijn de-escalatie ondersteuners beschikbaar. Dit zijn KIB-verpleegkundigen of -groepsbegeleiders die kunnen worden ingeroepen door het team of de patiënt zelf. De betreffende ondersteuner probeert crisissituaties te de-escaleren door te reflecteren en in gesprek te gaan met de patiënt. Daarnaast bemiddelt hij tussen patiënt en team en vervult hij een

rol als coach voor het team. De ondersteuner handelt zoveel mogelijk vanuit patiëntenperspectief en zet zich ervoor in om de regie terug te geven aan de patiënt.

In de literatuur worden de-escalatietechnieken aangeduid als één van de belangrijkste preventieve maatregelen voor ontwrichtend en agressief gedrag (o.a. Daffern e.a., 2012; Robertson e.a., 2012).

Uit wetenschappelijke literatuur blijkt dat wat een hulpverlener doet en de manier waarop hij dat doet, bijdraagt aan zowel escalatie als de-escalatie (Price & Baker, 2012). Onderzoeken laten zien dat de-escaleren meer is dan enkel het toepassen van een techniek om potentiële agressieve situaties op te lossen. De-escaleren vraagt naast het kunnen handelen om een attitude en een wil bij de hulpverlener om een situatie te de-escaleren. De-escalerend werken wordt daarmee een onderdeel van de cultuur op een afdeling als cruciaal onderdeel van een positief leefklimaat, gericht op begrijpen en ondersteunen, in plaats van beheersen en reguleren. Dit is ook een kernpunt op de HIC (www.HIC-psy.nl) en een van de *best practices* rondom dwangreductie in de GGZ (Voskes e.a., 2011). Bij de-escalatie draait het om een omvattend pakket van vaardigheden: het aansluiten bij de emotie van de patiënt, het winnen van vertrouwen, het minimaliseren van (dwang)maatregelen, het beschermen van eigenwaarde, het benadrukken van gelijkwaardigheid, het willen kennen van de patiënt als mens, het uiterlijk rustig blijven bij agressief gedrag en het intuïtief beschikken over en kunnen inzetten van creatieve de-escalerende interventies (Price & Baker, 2012).

De-escaleren vraagt veel van de medewerker van een KIB, zowel op het gebied van vaardigheden als op persoonlijk vlak. Volgens Price & Baker (2012) zou een KIB-medewerker, om optimaal de-escalerend te kunnen werken, moeten beschikken over de volgende eigenschappen: openheid, eerlijkheid, ondersteunend, authentiek, zelfbewust, geïntegreerd, niet-oordelend en zelfverzekerd. Het vermogen tot empathie helpt de patiënt om zich erkend en begrepen te voelen, wat de 'oplaaiende agressie' kan doen verminderen (Price & Baker, 2012).

Naast de eigenschappen en vaardigheden van een hulpverlener is het van belang dat er op een afdeling sprake is van een reflectief leerklimaat, waarbij veiligheid, eerlijkheid, openheid en mogen en willen leren voorop staan. Een escalatie komt voort uit een interactioneel proces; de hulpverlener is onderdeel van de escalatie. Een reflecterend klimaat maakt het voor een hulpverlener mogelijk om in te zien wat zijn eigen bijdrage is in de ontwrichte situatie. Daarnaast kan een hulpverlener in een positief en reflectief

leefklimaat aangeven welke ondersteuning hij nodig heeft of eventueel aangeven dat een collega de begeleiding beter (tijdelijk) over kan nemen (Schaftenaar, 2013).

Het voorkomen van de-escalatie: praktijkvoorbeelden

De-escalatieondersteuners: voorbeeld Inforsa

Binnen Inforsa kan bij een vraag om overname bij een (potentiële) escalatie ondersteuning geboden worden door twee soorten KIB-hulpverleners:

1. Er is een onafhankelijk één-op-één team. De hulpverleners van dit team ondersteunen in het herstellen van contact. Zij kunnen extra tijd en aandacht besteden aan de patiënt of proberen een brug te vormen tussen patiënt en KIB.
2. Er zijn specifieke de-escalatie ondersteuners, die expliciet gericht zijn op het keren van de escalatie tussen patiënt en KIB-team.

Algemeen coördinatoren: voorbeeld Van der Hoeven

In de KIB Van der Hoeven bieden de Algemeen Coördinatoren (AC's) ondersteuning bij (dreigende) escalatie. De AC's zijn ervaren krachten die als team een centrale coördinerende rol in de kliniek vervullen. Zij zijn klankbord voor de groepsleiding én patiënten en spelen een centrale rol bij een eventueel ingrijpen. Zij bemiddelen bij oplopende spanningen tussen patiënt en team.

2.6 Versterken competenties

Bij alle KIB's staat het toewerken naar eigen regie en verantwoordelijkheid centraal. Voorop staat dat patiënten in staat moeten worden gesteld om meer grip te krijgen op hun eigen leven en daaraan meer richting te kunnen geven, in plaats van vooral geleid te worden door negatieve emoties. Het versterken van de competenties van patiënten en het bieden van structuur en veiligheid zijn belangrijke elementen in de behandelmethodiek. De patiënt wordt een nieuwe start geboden. Samen met de patiënt wordt nagegaan waar zijn behoeftes liggen en op welke manier hij daarin kan voorzien, met ondersteuning vanuit de KIB. De KIB-medewerker richt zich niet zozeer op de diagnose of op het probleemgedrag, maar op degene die hij voor zich ziet, met zijn eigen sterke en zwakke kanten, talenten en vaardigheden. Patiënten worden gestimuleerd hun positieve kanten te laten zien en hun vaardigheden te ontwikkelen, met ondersteuning van de KIB-medewerkers. Zo wordt in een KIB regelmatig gebruikt gemaakt van de 'modelling-

techniek': het voordoen opdat de patiënt dit de volgende keer zelf kan proberen. De patiënt wordt perspectief geboden en in kleine stapjes wordt gewerkt aan verbetering en toegewerkt naar steeds meer autonomie en eigen verantwoordelijkheid. Hiermee wordt beoogd het zelfvertrouwen van de patiënt en het vertrouwen in de hulpverlening te vergroten. Ook het sociale systeem wordt zoveel mogelijk betrokken in het ontwikkelproces van de patiënt. Keuzes van de patiënt worden gerespecteerd zolang deze niet conflicteren met de algemeen aanvaarde normen en waarden en de belangen van anderen.

2.8 Herstelvisie

Definitie herstel

Herstel is een persoonlijk en continu veranderingsproces in iemands opvattingen, waarden, gevoelens, doelen, vaardigheden en/of rollen. Het gaat om het vinden van een nieuwe betekenis en een nieuw doel in het leven en om het leiden van een bevredigend, hoopvol en zinvol leven ondanks de beperkingen die de psychische klachten met zich meebrengen (Anthony, 1993). Persoonlijke groei, het ontwikkelen van een positieve identiteit, hoop, empowerment en zelfstandiger functioneren, staan hierbij voorop (Corrigan e.a., 2004). Herstel is slechts gedeeltelijk gebaseerd op de ontvangen zorg. Minstens zo belangrijk is de eigen inspanning (eigen regie en verantwoordelijkheid) van de persoon en steun vanuit de brede omgeving (Van Gestel-Timmermans, 2011). Een belangrijk aspect van herstel is verbondenheid met anderen (Leamy e.a., 2011). Herstel heeft dus in belangrijke mate een sociaal aspect; het gaat om het (opnieuw) innemen van betekenisvolle en bevredigende sociale rollen binnen de eigen omgeving. Daarnaast is de betrokkenheid en sociale steun van belangrijke netwerken van de persoon cruciaal. Ook het ontwikkelen van een toekomstperspectief hoort hierbij; binnen de herstelgedachte is leren, ontwikkelen en groeien van wezenlijk belang. Volgens Dröes en Plooy (2012) gaat het om herstel als persoon/identiteit, herstel van gezondheid, herstel van dagelijks functioneren en herstel van rollen.

Herstel en herstelondersteunende zorg zijn inmiddels leidende principes geworden voor de GGz en verslavingszorg en deden recentelijk hun intrede in de maatschappelijke opvang (Van Gestel e.a., 2013) en binnen de justitiële sector (Walravens & Van Heugten, 2012). Herstelondersteunende zorg dient bij te dragen aan een waardevol leven en de vervulling van betekenisvolle rollen (Dröes e.a., 2012; Moradi e.a., 2008). Ondersteuning bij het algemeen functioneren en functioneren in sociale en maatschappelijke rollen is hier onderdeel van. Hierbij wordt, indien mogelijk, de omgeving van de patiënt actief betrokken (Brouwers e.a., 2013).

Herstel en KIB

Belangrijk uitgangspunt van de KIB's is dat de opname op de toekomst gericht is. Samen met de patiënt wordt nagegaan waar zijn behoeftes liggen en welke ondersteuning de KIB daarbij zou kunnen bieden. De KIB-medewerker kijkt niet zozeer naar de diagnose(s) van de patiënt, maar naar de persoon met zijn sterke en zwakke kanten, talenten en vaardigheden. Het toewerken naar eigen regie en verantwoordelijkheid staat centraal. Voorop staat dat patiënten in staat moeten worden gesteld om meer grip te krijgen op hun eigen leven en daaraan meer richting te kunnen geven. Het versterken van de competenties van patiënten en het bieden van structuur en veiligheid zijn belangrijke elementen in de behandelmethodiek.

2.9 Houding, competenties en vaardigheden KIB-medewerkers

Het uitdragen en toepassen van de behandelvisie, het omgaan met patiënten die het vertrouwen in de hulpverlening hebben verloren en het ombuigen van verstoorde behandelrelaties in gezonde behandelrelaties, vraagt heel wat van het team en de individuele medewerkers. Het is aan de medewerkers van een KIB om het vertrouwen van de patiënt langzamerhand te herwinnen, de behandelimpasse te doorbreken en weer een constructieve behandelrelatie met de patiënt op te bouwen. Een uitgebalanceerd team met een gedeelde visie en voldoende tijd en aandacht voor reflectie en evaluatie, is hierbij van belang. De KIB-medewerkers moeten geduldig en volhardend zijn en moeten zich daarnaast bewust zijn van de gevoelens die de gedragingen bij henzelf oproepen. Gevoelens van irritatie, onmacht en frustratie liggen op de loer (James & Cowman, 2007). Goede begeleiding van de KIB-medewerkers is daarom van essentieel belang; teambesprekingen, consultatie-mogelijkheden, inter- en supervisie en trainingen dienen onderdeel uit te maken van het KIB-personeelsbeleid (Kool e.a., 2013).

Zoals eerder aangegeven ligt er veel accent op de behandelrelatie. De hulpverlener moet competent zijn om met de patiënt om te kunnen gaan en een behandelrelatie op te bouwen. Belangrijke competenties en vaardigheden voor een KIB-medewerker zijn:

- Een neutrale basishouding aannemen, waarbij de hulpverlener wel consequent het contact aanbiedt, maar daarbij systematisch de kwaliteiten van de patiënt aanspreekt en vermijdt om de verantwoordelijkheid van de patiënt over te nemen. Hierbij moet opgemerkt worden dat de mate waarin dit gebeurt, afhankelijk is van de mogelijkheden van de patiënt. Een neutrale basishouding betekent ook dat de hulpverlener zijn eigen 'expressed emotion' zo laag mogelijk probeert te houden.

- Patiënten oprecht een nieuwe kans bieden en het gevoel geven dat zij met een schone lei beginnen. Ook na een eventueel incident moet patiënten weer een nieuwe kans worden geboden.
- Positieve bejegening: een medewerker dient na te gaan waarom bepaald gedrag wordt vertoond in plaats van dit gedrag vooral te bestraffen. Uit verschillende onderzoeken blijkt dat behandelaars op vijandigheid van een patiënt dikwijls reageren met vijandigheid (*counter-hostility*), terwijl dit negatieve proces is geassocieerd met slechtere uitkomsten (Anderson e.a., 2012; Binder & Strupp, 1997; Safran e.a., 2001). Daarnaast blijkt uit onderzoek dat een open positief klimaat stabiliserend werkt, waardoor er minder stress en agressie voorkomt op de afdeling (Van der Helm & Schaftenaar, 2014). In een positief (sociotherapeutisch) leefklimaat ervaren patiënten meer vertrouwen, is er meer en betere communicatie en neemt hun gevoeligheid voor gedragscorrecties toe, waardoor medewerkers meer controle ervaren.
- Empathisch vermogen, denken en handelen vanuit gelijkwaardigheid.
- Shared Decision Making: dit is een methodiek waarbij medewerkers en hulpverleners samen tot beslissingen komen op basis van duidelijke informatie en patiënten worden aangemoedigd om de voor- en nadelen van de beschikbare interventies te overwegen (Elwyn e.a., 2010). De rol van de medewerker is het informeren van patiënten, hem helpen tot een persoonlijke keuze te komen en professionele steun te geven waar dat nodig is.
- Motiverende gespreksvoering; motiverende gespreksvoering helpt patiënten bij het identificeren en oplossen van ambivalentie voor gedragsverandering. Dit gebeurt door de persoonlijke aannames, meningen en barrières over/voor de verandering te verkennen. Motiverende gespreksvoering wordt meestal toegepast in situaties waarin een verandering van gedrag gewenst is, maar de patiënt ambivalentie voelt om te veranderen, bijvoorbeeld bij medicatietrouw of het veranderen van leefstijl (Elwyn e.a., 2014).
- Structuur en kaders bieden maar tegelijkertijd de patiënt ook de regie kunnen geven.
- Bereidheid tot (zelf)reflectie: nagaan op welke manier het eigen gedrag invloed heeft op de patiënt en het eigen handelen kunnen bespreken met collega's en patiënten.
- Een brede blik hebben: niet enkel kijken naar de patiënt en zijn gedrag, maar ook naar de omstandigheden en de context die op het gedrag van invloed (kunnen) zijn;
- Creativiteit: de behandeling van patiënten met een dergelijk lange hulpverlenings-geschiedenis, waarbij al veel verschillende interventies zijn geprobeerd, vraagt om nieuwe ideeën.

Uit de literatuur blijkt dat (op een opnameafdeling) op een vijandige en/of dominante presentatie van de patiënt het best gereageerd kan worden met een vriendelijke, neutrale en toch assertieve houding van het personeel (Finfgeld-Connett, 2009). Dit sluit aan bij de visie van de KIB's. Finfgeld-Connett (2009) geeft aan dat het vermogen van het team om oprecht in contact te blijven met de patiënt om zijn verhaal te horen en te begrijpen, een zeer waardevolle reactiestijl is. Interpersoonlijke vaardigheden, zoals empathie, wederkerigheid en respect zijn belangrijke onderdelen van de-escalatie (Finfgeld-Connett, 2009; Johnson & Delaney, 2007; Johnson & Hauser, 2001). Er zijn instrumenten beschikbaar die de interpersoonlijke stijl van hulpverleners in kaart kunnen brengen, zoals de Chart of Interpersonal Reactions in Closed Living Environments (CIRCLE; Blackburn & Renwick, 1996) en de Impact Message Inventory (IMI; Kiesler, 1987).

3. Observatie

3.1 Diagnostische processen

Als een patiënt wordt opgenomen op een KIB volgt meestal een periode van observatie en multidisciplinaire diagnostiek. De diagnostiek is enerzijds gericht op het ontrafelen van de vastgelopen behandelrelatie en anderzijds op de patiënt zelf. De aard van de diagnostiek verschilt per patiënt en is mede afhankelijk van het soort opname (crisis, time-out of regulier) en de betreffende KIB. Zo krijgt de Van der Hoeven kliniek relatief vaak de vraag van verwijzers om de diagnostiek te verhelderen bij patiënten waarbij sprake is van comorbide verslavingsproblematiek en brengt KIB Trajectum (op verzoek van de verwijzer) het verstandelijk en sociaal-emotioneel functioneren in kaart.

Indien nodig worden patiënten opnieuw ingesteld op medicatie of worden bepaalde medicamenten afgebouwd (Van Rooijen & Neijmeijer, 2014). Voor alle KIB's geldt dat patiënten vaak worden opgenomen met een (soms forse) hoeveelheid aan medicatie. De KIB's bemerken dat sanering van de voorgeschreven medicatie nodig kan zijn om tot een betere diagnostiek en begeleidingsstijl te komen⁷.

In kaart brengen van de ontwrichte relatie

De analyse van de ontwrichte (behandel)relatie en het weer vlot trekken daarvan, staan in alle KIB's centraal. De stoornis(sen) en de daaruit voortkomende gedragingen van de patiënt worden doorgaans als een gegeven beschouwd. Dit wil niet zeggen dat diagnostiek en behandeling van de stoornis niet relevant is, maar de focus in de behandeling wordt gelegd op de interactie tussen hulpverlener en patiënt.

De nadruk op de behandelrelatie in plaats van op de stoornis van een patiënt, sluit aan bij de visie van de KIB's dat een patiënt een nieuwe kans moet krijgen, ongeacht de diagnose. Sommige diagnoses zetten de patiënt in een verkeerd daglicht. Zo valt te lezen in de Richtlijn Persoonlijkheidsstoornissen: Er zijn aanwijzingen dat de diagnose borderlinepersoonlijkheidsstoornis leidt tot een negatieve houding en perceptie van de verpleegkundigen ten opzichte van de patiënt. Daarnaast is er minder empathie voor de patiënt en worden eerder negatieve kenmerken aan de patiënt toegeschreven (Richtlijn Persoonlijkheidsstoornissen, 2008). Mede om die reden is het van belang patiënten altijd open, zonder vooroordelen te benaderen zodat er een goede behandelrelatie kan worden opgebouwd.

⁷ Dit kan gezien worden als een practice-based bevinding van de KIB's.

De KIB's hebben patiënten in zorg met ernstige psychiatrische stoornissen, waarbij regelmatig risicovol gedrag kan optreden. Diagnostiek van risico's op (verschillende vormen van) agressief gedrag, zelfbeschadigend gedrag of anderszins is daarom voor alle KIB's relevant.

In kaart brengen van agressief gedrag

Men spreekt van agressief gedrag in de strikte zin van het woord als met opzet schade wordt toegebracht aan een andere persoon of aan een voorwerp, zoals slaan, schoppen of vernielen. De kwalificatie agressief wordt echter ook in bredere zin gebruikt, namelijk in de zin van gedrag waarvan mensen veel last ondervinden of dat door hen als ergerlijk (aversief) ervaren wordt, zoals pesten, bedreigen, schreeuwen, uitschelden (Matthys, 1999). Morrison (1990) definieert agressie als volgt: "Aggression is any verbal, non-verbal, or physical behavior that is threatening (to self, others or property), or physical behaviour that actually does harm (to self, others, or property)".

In agressief gedrag kan een onderscheid worden gemaakt tussen een reactieve en een proactieve vorm (Dodge, 1991; Vitiello & Stoff, 1997. In: Matthys, 1999). Reactief agressief gedrag is een vijandige, boze reactie op een waargenomen frustratie. Deze impulsieve vorm van agressie is een verdediging tegen een persoon of situatie die bedreigt of frustreert, of als zodanig ervaren wordt. Proactief agressief gedrag is gecontroleerd. Bij deze berekende vorm van agressie wordt agressief gedrag gebruikt om een doel te bereiken. Reactieve en proactieve agressie hebben verschillende kenmerken en vragen om een specifieke aanpak.

De interactie tussen de patiënt (met zijn karakteristieken), de hulpverleners (hun attitude en mate van responsiviteit (al dan niet) dan wel repressie) én de (repressieve) kenmerken van de omgeving kunnen leiden tot ernstige agressie (Van Leeuwen & Ros, 2013; Van der Helm e.a., 2011; Ros e.a., 2013). Uit diverse onderzoeken (o.a. Ros e.a., 2013; Duxbury, 2002) blijkt dat er een relatie bestaat tussen de interactie tussen medewerkers en patiënten en agressie-incidenten. Om het agressieve gedrag van een patiënt te kunnen begrijpen is het voor hulpverleners van belang om inzicht te krijgen in de kwetsbaarheid van de patiënt om om te gaan met stressvolle situaties en het (daaruit voortvloeiende) ontwikkelproces van agressie (Björkly, 2006). Daarnaast is het van belang de alertheid en de deskundigheid van de hulpverleners te vergroten door regelmatige training en voorlichting. Boumans e.a. (2015) geven als voorbeeld een jaarlijkse (online-)cursus, waarin wordt gedemonstreerd bij welke signalen en op welke wijze de hulpverlener moet dóórvragen tijdens een gesprek of klinisch consult. Vergelijkbare cursussen zijn ontwikkeld voor specifieke vormen van agressie zoals kindermishandeling en/of huiselijk geweld, of de cursus Professionals in Training to STOP suicide (pitstop), bij signalen van suicidaliteit.

Het inschatten van de recidivekans (risicotaxatie) en het uitvoeren van risicoverminderende interventies (risicomangement) vormen een essentieel onderdeel van respectievelijk de diagnostiek en behandeling in forensisch-psychiatrische settingen en KIB's. Een gestructureerde risicotaxatie is het vertrekpunt voor risicomangement. Een belangrijk onderdeel hiervan zijn de zelfmanagementvaardigheden van een patiënt en het in kaart brengen van de omgevingsfactoren. Een methode waarbij de patiënt samen met de hulpverlener de eerste signalen van agressie probeert te detecteren en waarop vervolgens acties worden uitgezet, heeft de voorkeur boven eenzijdig risicomangement (Fluttert, 2010). De KIB's gebruiken verschillende risicotaxatie-instrumenten; zo wordt in de Van der Hoeven Kliniek de START toegepast; met betrekking tot zeden de Static/Stable/Acute (SSA); en met betrekking tot kans op agressie in een relatie de Spousal Assault Risk Assessment (SARA). Trajectum gebruikt de HKT-30/HKT-R en de Dynamic Risk Outcome Scales (DROS). Dit laatste instrument is specifiek voor de LVB-doelgroep ontwikkeld. Zowel voor het team als voor de patiënt zelf wordt met behulp van het risicotaxatie-instrument inzichtelijk wat de risicoverhogende en de beschermende factoren zijn. De uitkomsten van een risicotaxatie-instrument kunnen richting en focus geven aan de behandeling (bron: KIB werkgroep).

Naast het gebruik van risicotaxatie-instrumenten en het trainen van hulpverleners kan men een hoog-risicobenadering met geïndiceerde of selectieve preventie toepassen voor specifieke doelgroepen of faciliteiten binnen de GGZ of KIB. Zo kan de Crisis-Monitor (Van de Sande e.a., 2011) aangewend worden voor het verminderen van agressie-incidenten en separaties op een klinische afdeling. Voor de KIB's kan het toepassen een hoog-risicobenadering met behulp van de Crisis-Monitor een aanvulling in de behandeling kan zijn.

De kwaliteit van de relatie tussen de begeleider en de patiënt is van groot belang bij het toepassen van risicomangement (Rask & Bunt, 2006 in: Fluttert, 2010). In een veilige omgeving stimuleert de begeleider de patiënt om zijn percepties en gedragingen na te gaan die een voorbode kunnen zijn van agressie. Wanneer een patiënt constructieve interactie en communicatie met de hulpverlener ervaart, vergroot dit de kans dat hij actief en gemotiveerd participeert in risicomangement-interventies (Fluttert, 2010).

De KIB's registreren het aantal incidenten en het soort incidenten. Er zijn grote verschillen in aantal incidenten tussen de KIB's, naar alle waarschijnlijkheid heeft dit vooral te maken met de verschillende registratiesystemen. Vergelijkingen zijn daardoor moeilijk te maken. Duidelijk is wel dat er sprake is van veel incidenten, mogelijk mede voortkomend uit het moeilijke karakter van de doelgroep.

In kaart brengen zelfbeschadigend gedrag

De termen zelfbeschadiging, zelfverwonding en automutilatie worden (in de klinische praktijk) vaak als synoniemen gebruikt, maar de termen refereren naar verschillende gedragingen (Claes & Vandereycken, 2007). Zelfbeschadiging verwijst naar handelingen waarbij de persoon zichzelf direct of indirect letsel toebrengt, zonder suïcidale intentie (bijv. het drinken van wc-reiniger). Het innemen van een overdosis medicatie of bewust risicovol gedrag opzoeken waarbij de kans op schade aan het lichaam zeer groot is, valt hier ook onder. Zelfverwonding betreft het zichzelf direct en opzettelijk fysiek letsel toebrengen zonder suïcidale intentie (bijv. snijden in de arm). Automutilatie is een medische term die verwijst naar handelingen die in ernstige mate mutilerend zijn en die vaak onder invloed van psychotische episodes plaatsvinden. Hierbij kan gedacht worden aan het amputeren van lichaamsdelen (zie voor meer hierover de bijlage 'Theoretische verdieping: zelfbeschadiging, suïcidaliteit, agressief gedrag en dwang en drang'). Aansluitend bij de Nederlandse praktijk en de patiëntenbeweging, zullen we in dit document spreken over zelfbeschadigend gedrag.

Over de prevalentie van zelfbeschadigend gedrag circuleren uiteenlopende cijfers, mede als gevolg van de verschillende definities die gehanteerd worden: tot 4% bij volwassenen, 7-18% bij adolescenten en 5-33% bij populaties van psychiatrische patiënten (Bosman & Van Meijel, 2009).

Zelfbeschadigend gedrag is een teken van verstoorde emoties ten gevolge van moeilijk te hanteren problemen in iemands leven. Deze emoties zijn meestal intens en overweldigend en kunnen, vanuit het perspectief van degene die zichzelf beschadigt, alleen worden verdragen dankzij het zelfbeschadigende gedrag (Kool, 2015). Mensen die zichzelf beschadigen hebben veelal een negatief zelfbeeld, een verstoord lichaamsbeeld en een negatieve lichaamsbeleving. Vaak hebben zij een traumatisch verleden waarin allerlei vormen van misbruik hebben plaats gevonden (Bosman & Van Meijel, 2009).

Interventies bij zelfbeschadigend gedrag

Er zijn weinig effectieve interventies bij zelfbeschadigend gedrag bekend uit de wetenschappelijke literatuur (Kool, 2015; Bosman & Van Meijel, 2009). De meeste bestaande interventies richten zich op de psychiatrische stoornis, waarbij ervan uitgegaan wordt dat daarmee het problematische gedrag, zoals zelfbeschadiging, ook behandeld wordt (Kool, 2015). Uit deze literatuur blijkt tevens dat de verschillende perspectieven van patiënten en hulpverleners op zelfbeschadigend gedrag leiden tot een onbevredigende behandelrelatie tussen de patiënt en de hulpverlener, resulterend in ontoereikende zorg. Patiënten zijn niet tevreden over de zorg die zij krijgen en ervaren regelmatig een attitude van vijandigheid, afwijzing en kleinering van hulpverleners. Hulpverleners zijn op hun beurt

niet tevreden over de zorg die zij geven aan patiënten die zelfbeschadigend gedrag vertonen. Veel hulpverleners benoemen dat zij zich onbekwaam en incompetent voelen in de zorg voor patiënten die zichzelf beschadigen (Kool, 2015). Op basis van wetenschappelijke literatuur blijkt dat verpleegkundigen verschillende attitudes hebben ten opzichte van patiënten die zichzelf beschadigen, maar dat negatieve attitudes de overhand lijken te hebben. Verschillende hulpverleners ervaren gevoelens van irritatie, frustratie, boosheid en persoonlijke incompetentie (Kool, 2015).

Uit onderzoek blijkt het gebruik van het meetinstrument 'Inschatting Eigen Competentie in de Begeleiding van Patiënten met Zelfbeschadigend Gedrag' (ADSHQ) ondersteunend te zijn voor hulpverleners die werken met deze patiënten. Dit instrument, oorspronkelijk ontwikkeld in Australië (Self-Efficacy in Dealing with Self-Harm Questionnaire' (SEDSHQ) en bedoeld om de attitude te meten van verpleegkundigen werkzaam op de Eerste Hulp ten opzichte van patiënten die zichzelf beschadigen, is vertaald naar het Nederlands en geëvalueerd op toepasbaarheid in de Nederlandse praktijk. De Nederlandse versie bleek een valide en betrouwbaar instrument voor het vaststellen van het niveau van self-efficacy en beschikt over adequate psychometrische eigenschappen (Kool, 2015).

In kaart brengen van suïcidaal gedrag

Voor het onderscheid tussen zelfbeschadigend en suïcidaal gedrag is het van belang te achterhalen of de patiënt met het zelfbeschadigend gedrag de bedoeling had om zichzelf te doden. Als levensbeëindiging de intentie was, dan spreken we van suïcidaal gedrag en niet van zelfbeschadigend gedrag.

Suïcidaal gedrag hangt vaak samen met psychiatrische stoornissen. Naar schatting is de helft tot driekwart van alle suïcides mede toe te schrijven aan psychiatrische stoornissen (Cavanagh et al., 2003). Naast psychiatrische stoornissen spelen psychologische en sociale factoren zoals impulsiviteit, wanhoop en sociaal isolement een rol (Richtlijn diagnostiek en behandeling Suïcidaal gedrag, 2012).

Diagnostiek van suïcidaal gedrag dient te omvatten: herkenning van suïcidaal gedrag; onderzoek naar de suïcidale toestand; onderzoek naar het complex van factoren dat bij de individuele patiënt tot het suïcidale gedrag heeft geleid; beoordeling van de mate waarin de patiënt in staat geacht mag worden zijn belangen te overzien en te waarderen. Het resultaat van het systematische onderzoek naar suïcidaal gedrag wordt samengevat in een structuurdiagnose van het suïcidale gedrag, bestaande uit: een beschrijving van de huidige suïcidale toestand; een beschrijving van de relevante stress- en kwetsbaarheidsfactoren; hypothesen over de etiologie (ontstaansvoorwaarden) en pathogenese (ontstaanswijze) van het suïcidale gedrag; de mate van wilsbekwaamheid. Op basis van deze informatie dient de professional, voor zover mogelijk samen met de

patiënt en diens naasten, een inschatting van de prognose te maken. Daarnaast stelt de professional de indicatie voor interventies op de korte en langere termijn voor het verminderen of voorkomen van (herhaald) suïcidaal gedrag (Richtlijn Diagnostiek en Behandeling Suïcidaal gedrag, 2012).

Het is belangrijk om een beeld te krijgen van de suïcidale toestand en het complex van factoren dat bij de patiënt heeft geleid tot suïcidaal gedrag. Daarvoor is goed contact tussen patiënt en professional onontbeerlijk. Een positieve werkrelatie bevordert de validiteit en betrouwbaarheid van de verzamelde informatie. Goed contact houdt in dat de patiënt zich vrij kan voelen om over zijn suïcidedgedachten te praten. De professional gaat een werkrelatie aan met de patiënt. Die relatie vormt de basis voor het tonen van betrokkenheid en begrip, het leggen van contact met eventuele naasten van de patiënt, en het organiseren van veiligheid en continuïteit van zorg (Richtlijn diagnostiek en behandeling Suïcidaal gedrag, 2012). Hierbij moet wel aandacht uitgaan aan het toerusten van hulpverleners om dit gesprek aan te kunnen en willen voeren. De ervaring is dat hulpverleners vaak twijfel voelen om dit onderwerp bespreekbaar te maken, uit angst voor wat er in het gesprek naar voren kan komen of vanuit het idee 'dat je een patiënt op ideeën brengt'.

Suïcidaal gedrag speelt zich niet alleen af tussen de patiënt en hulpverleners, maar ook tussen de patiënt en zijn directe leefomgeving. Het is daarom aan te bevelen om bij elke fase van het onderzoek en de behandeling naasten van de patiënt te betrekken. Zij kennen de patiënt veelal goed en kunnen een belangrijke bron van informatie zijn. Hun betrokkenheid bij de evaluatie van de behandeling is belangrijk. Daarnaast kunnen naasten als 'bondgenoot' hulp en steun bieden bij de opvang en begeleiding van hun naaste. Maar naasten hebben vaak ook zelf behoefte aan uitleg, hulp en steun. Wanneer hulpverleners hieraan tegemoetkomen, kan dit een positief effect hebben op het contact met de patiënt, op de kwaliteit van de werkrelatie met de patiënt en zijn naasten, en op de therapietrouw (Richtlijn diagnostiek en behandeling Suïcidaal gedrag, 2012).

Chronische en acute suïcidaliteit

Bij suïcidaliteit worden een chronische en een acute vorm onderscheiden. KIB's hebben met regelmaat te maken met patiënten waarbij sprake is van chronische suïcidaliteit. Chronisch suïcidale patiënten ervaren vaak, en soms bijna onophoudelijk suïcidale gedachten; dit kan jarenlang een dagelijks optredend fenomeen zijn. Suïcidepogingen, van welke aard ook, komen daarbij regelmatig voor (Paris, 2003). De acute vorm van suïcidaliteit treedt daarentegen meestal op na een ingrijpende gebeurtenis (Koekkoek & Kaasenbrood, 2008). In tegenstelling tot acuut suïcidaal gedrag, dat de bereidheid vraagt actief en directief te streven naar veiligheid, vereist chronisch suïcidaal gedrag 'geduld' (APA, 2003). Het suïcidale gedrag moet in zijn context worden onderzocht en begrepen:

in de context van de levensgeschiedenis van de patiënt, in die van de actualiteit van zijn levenssituatie (let bijvoorbeeld vooral op verlies), en in die van de behandelrelatie. Toename van suïcidaal gedrag kan de uitdrukking zijn van de vrees van de patiënt dat zijn behandelaar op hem uitgekeken raakt. Suïcidaal gedrag in dergelijke situaties is niet alleen een dreiging, maar betekent paradoxaal genoeg dat de patiënt zich durft te hechten aan zijn behandelaar (Richtlijn diagnostiek en behandeling Suïcidaal gedrag, 2012).

3.2 Systeemanalyse

Bij KIB-patiënten is vaak de relatie met het bredere sociale systeem verstoord. Bij sommige patiënten is er geen contact meer met familie of naasten, of is de relatie (zeer) moeizaam. Uitgangspunt in de behandeling zou moeten zijn dat het voor de patiënt van belang is om niet alleen de ontwrichte behandelrelatie te herstellen, maar ook de ontwrichte relatie met zijn systeem. Familieleden, partners of andere naastbetrokkenen wensen dat het goed gaat met hun naaste. Misschien zijn er niet veel contacten meer, toch blijft de zorg voor de toekomst van deze naaste bestaan. De indruk kan gewekt worden dat familieleden en partners geen behoefte hebben aan ondersteuning in de omgang met hun naaste, omdat zij niet zo snel om hulp of steun voor zichzelf vragen (Parnassia, afdeling Preventie 2005; Richtlijn Persoonlijkheidsstoornissen, 2008). Het tegendeel is waar; familie, partners en/of directe anderen vinden het van essentieel belang om bij het begin van de diagnose en behandeling gerespecteerd en serieus genomen te worden door de hulpverleners (Richtlijnen voor een zorgvuldige communicatie tussen hulpverleners en familieleden van psychiatrische patiënten, 1992). Daarnaast is het voor familieleden in deze fase van belang dat zij informatie krijgen over de aard van hulpverlening en wat de gevolgen kunnen zijn voor zowel henzelf als de patiënt. Bovendien moet er in deze fase aandacht zijn voor de rol die familieleden en partners spelen in zowel het in stand houden van probleemgedrag of juist het doorbreken hiervan en de steun die zij hun naaste kunnen bieden (Richtlijn Persoonlijkheidsstoornissen, 2008). Bij het stellen van een diagnose is het van belang het complete beeld, inclusief omgevingsfactoren, van de individuele patiënt in kaart te brengen. Familieleden en directe anderen willen en kunnen een bijdrage leveren aan de diagnosestelling. Hulpverleners doen er dan ook goed aan om in voorkomende gevallen gebruik te maken van de informatie van familie en directe anderen (Richtlijn Persoonlijkheidsstoornissen, 2008). Familie, partners en naasten kunnen hulpverleners veel informatie verschaffen over hun naaste. Deze informatie kan voor de hulpverleners waardevol zijn in de diagnostiek en behandeling van de patiënt. Zij zijn het systeem rond de patiënt, waarvan de naaste omgeving een grote rol kan spelen in de behandeling van de patiënt (Modelregeling Relatie GGZ-instelling - naastbetrokkenen, 2004).

3.3 Risico-inschatting en risicobeleid

Veiligheid, structuur en samenwerking

Essentiële elementen in de interactie tussen de KIB-medewerkers en de patiënten, zijn veiligheid, structuur en samenwerking (Bos e.a., 2012; Kool e.a., 2013). Deze drie aspecten zijn nauw met elkaar verweven. Zo kan veiligheid gecreëerd worden door effectief samen te werken, en is veiligheid nodig om medewerking te verkrijgen. Het bieden van structuur, dat wil zeggen het stellen van kaders en grenzen, faciliteert veiligheid en samenwerking (Kool e.a., 2013).

Risico-inschatting ontwrichtend gedrag algemeen

Kenmerkend voor de KIB's is de grote aandacht voor veiligheid van patiënten, medepatiënten en personeel. Vroegsignalering speelt hierin een belangrijke rol. Er wordt gewerkt met signaleringsplannen met bijbehorende interventies om escalaties te voorkomen. Alle medewerkers worden frequent getraind in het omgaan met en het ombuigen van ontwrichtend gedrag. Zij krijgen tevens intensieve trainingen om indien noodzakelijk fysiek in te grijpen op een deskundige en zo humaan mogelijke wijze. In voorkomende gevallen wordt patiënten naderhand één-op-één begeleiding geboden om zo snel mogelijk het contact te herstellen. Ondanks alle preventieve maatregelen kan het voorkomen dat de veiligheid van de patiënt, de medepatiënten en de medewerkers in gevaar komt en dat er ingegrepen moet worden en noodmaatregelen moeten worden getroffen. Separaties of afzonderingen worden evenwel tot een minimum beperkt. De BOPZ is daarbij leidend. De afgelopen jaren is gericht aandacht besteed aan het terugdringen van dwang en drang waardoor het aantal separaties aanmerkelijk is afgenomen (Van Rooijen & Neijmeijer, 2014).

Risico-inschatting suïcidaal gedrag

De ernst van het suïcidale gedrag, de somatische toestand en de mate van coöperatie bepalen welke interventies nodig zijn om de patiënt tegen zichzelf te beschermen.

Patiënten spreken dikwijls met hun hulpverlener over hun gevoelens, zoals bijvoorbeeld angsten, suïcidale gedachten, (drang tot) zelfbeschadiging, alcohol- of drugsmisbruik of een eventuele doodswens. Het is van belang om dat te kunnen doen zonder dat dit automatisch leidt tot sancties, zoals een onvrijwillige opname. Als de patiënt het idee heeft dat deze gevoelens en gedachten onbespreekbaar zijn, kunnen de spanningen toenemen en kunnen de gevoelens en gedachten sterker worden. De hulpverlener moet alert zijn op het verschil tussen praten over gevoelens en gedachten met het doel de spanning te doen afnemen en suïcidale gedachten die direct levensgevaar opleveren (Richtlijn Persoonlijkheidsstoornissen, 2008; Miller, 2004).

In de Richtlijn diagnostiek en behandeling Suïcidaal gedrag (2012) staan de volgende aspecten:

- Hulpverleners moeten oog hebben voor de directe noodzaak van behandeling van de somatische toestand.
- Hulpverleners moeten oog hebben voor het verhinderen van de toegang tot middelen waarmee iemand zich zou kunnen beschadigen.
- Hulpverleners moeten kunnen rekenen op bijstand van hulpdiensten (politie, brandweer, ambulance). Hulpverleners moeten een beroep kunnen doen op collega's en – indien aanwezig – op beveiligingspersoneel.
- Als de veiligheid van de patiënt niet gegarandeerd is, kunnen onvrijwillige opname en dwangmaatregelen nodig zijn. Het handelen moet allereerst gericht zijn op de veiligheid; direct daarna op de juridische aspecten en vooral herstel van wederkerigheid in de behandelrelatie.
- Suïcidaal gedrag kent een wisselend beloop. Het onderzoek naar de suïcidale toestand moet geregeld herhaald worden.
- Tijdens transitiemomenten in de behandeling (bij overplaatsing naar een andere behandelsetting en bij ontslag) en in niet-acute situaties krijgt zorg voor veiligheid en continuïteit van zorg vorm door goede afspraken te maken over nazorg. Veiligheidsafspraken worden vastgelegd in het veiligheidsplan, signaleringsplan of behandelplan.
- Bij de zorg voor veiligheid en continuïteit zijn vaak meerdere intra- en extramurale disciplines betrokken. Goede afspraken met ketenpartners zijn noodzakelijk. Zie Kwaliteitsdocument Ketenzorg bij suïcidaliteit (Hermens e.a., 2010).

Onderzoek van suïcidaal gedrag is geïndiceerd bij iedereen die met enige overtuiging suïcidale uitspraken doet, of die een suïcidepoging heeft gedaan (in de KIB Trajectum ook bij patiënten die zichzelf (heftig) zelfbeschadigen). Suïcidale patiënten brengen hun suïcidedgedachten echter niet altijd uit zichzelf ter sprake. In de Richtlijn worden de volgende aanbevelingen gedaan:

Vraag in de volgende situaties actief naar suïcidedgedachten:

- bij psychiatrisch onderzoek en/of crisissituaties, vooral bij depressieve symptomen;
- bij uitingen van wanhoop;
- na ernstige verliezen (inclusief verlies van gezondheid) en ingrijpende (traumatische) gebeurtenissen;
- op transitiemomenten in de lopende psychiatrische behandelingen, zoals bij wisseling van behandelaar of bij ontslag na een klinische opname;

- bij onverwachte veranderingen, gebrek aan verbetering, of verslechtering van het klinische beeld van een psychiatrische stoornis;
- in elke andere situatie waarin de professional vermoedt dat er sprake kan zijn van suïcidaal gedrag.

In de Richtlijn wordt aanbevolen om de suïcidale toestand systematisch te onderzoeken aan de hand van de CASE-benadering (Chronological Assessment of Suicide Events: Shea, 1998): hierin wordt door de hulpverlener eerst gevraagd naar de actuele gedachten en gebeurtenissen, dan naar de recente voorgeschiedenis (4-8 weken) en vervolgens naar de ruimere voorgeschiedenis van eerdere episodes van suïcidaal gedrag. Tot slot vraagt de hulpverlener hoe de patiënt de toekomst ziet, welke plannen hij of zij heeft en wat er zou moeten veranderen om het toekomstperspectief te verbeteren.

Implementatie van de Richtlijn diagnostiek en behandeling Suïcidaal gedrag op afdelingen kan ondersteund worden door middel van de PITSTOP-training: Professionals in Training to STOP suicide. De PITSTOP heeft als doel de Richtlijn te implementeren. In de training wordt informatie gegeven over prevalentie van suicide, theoretische achtergrond van de richtlijn en de belangrijkste thema's van de richtlijn (contact maken; zorg voor veiligheid en continuïteit; betrekken van naasten bij de diagnostiek en behandeling; structureel onderzoek naar suïcidaliteit; suïcidaliteit als focus van behandeling). Daarnaast vormt een belangrijk deel van de training het oefenen in het aangaan van het gesprek over suïcidaliteit, met behulp van de CASE-methodiek (Shea, 1998). Het stress-kwetsbaarheidsmodel en *entrapment* (uitlokking) worden in sommige KIB's gebruikt als model om suïcidaal gedrag te voorspellen. Op de CIB Palier zijn bijvoorbeeld circa 30 hulpverleners getraind. Binnen Trajectum wordt met een 'train de trainer'-model gewerkt. Enkele collega's zijn geschoold in deze of een vergelijkbare training en alle gedragsdeskundigen zijn verplicht scholing bij hen te volgen.

Hoog risicobeleid

In de KIB's is sprake van een hoog risicobeleid. Er wordt gepoogd om risico's (op suicide), agressie, (verdere) ontwijking zo veel als mogelijk te voorkomen door middel van de inzet van procedures, methodieken en instrumentarium. Zo wordt er gewerkt met signaleringsplannen. Het personeel is getraind in fixatie-methodiek. Aan de andere kant wordt patiënten ook -binnen kaders- vrijheid gegeven. Dit is alleen mogelijk als de randvoorwaarden daarvoor aanwezig zijn en een gedegen, systematisch en op het individu afgestemd risicobeleid wordt toegepast.

Een hoog risicobeleid kan betekenen dat tijdens een separeerperiode de KIB-medewerker niet zoals wordt voorgeschreven elke vijf minuten bij de patiënt gaat kijken,

omdat de patiënt dit juist gewend is van de opnames in de reguliere GGZ en dit een contraproductieve werking heeft. Bij een andere patiënt zal de KIB-medewerker dit juist wel doen en ook een meer zorgende houding aannemen. Een hoog risicobeleid bij een patiënt waarbij sprake is van chronische suïcidaliteit kan betekenen dat in afstemming met de geneeskundig-directeur wordt afgeweken van de procedure die conform de Richtlijn zou moeten worden uitgevoerd; ook in dit geval weer omdat uit het verleden is gebleken dat dit bij de desbetreffende patiënt enkel contraproductief heeft gewerkt (bron: Werkgroep KIB).

Dwang- en drangmaatregelen

Net als in de reguliere GGZ is het soms noodzakelijk, voor de veiligheid van de patiënt of derden, om ingrijpende maatregelen in te zetten. De Richtlijn Dwang en drang (2008) schrijft: "Bij de keuze van de maatregel die men aanvraagt, dient men in het algemeen het principe van 'stepped care' te volgen: de minst ingrijpende vormen van dwang eerst. Aangezien er in een KIB al sprake is van een opnamesetting, zijn er minder mogelijkheden beschikbaar (dan in een ambulante setting) om het stepped care principe te volgen. Wel zijn er gradaties in dwang- en drangmaatregelen aan te geven: te beginnen met een kamerprogramma, insluiting op de kamer (met/zonder toestemming) gevolgd door afzondering en als uiterste vorm separatie.

In de internationale literatuur zijn nauwelijks aanwijzingen te vinden voor de therapeutische effecten van een 'prikkelarme omgeving' of 'externe impulscontrole' (Muralidharan & Fenton, 2006; Gaskin, Elsom & Happell, 2007). De literatuur is slechts eenduidig over het direct beschermende effect van separatie of afzondering. Het is een middel om zowel patiënt als medepatiënten te beschermen tegen gevaarlijke situaties en bedoeld om de noodzakelijk geachte rust en structuur op de afdelingen te waarborgen. Daarmee lijkt het gebruik van gedwongen separatie of afzondering eerder een (adequate) interventie in het kader van controle en beheersing van gevaarlijk en onregelend gedrag op de afdeling dan een effectieve therapeutische interventie in het kader van psychiatrische behandeling van individuele patiënten (Richtlijn Dwang en drang, 2008).

De Werkgroep KIB geeft aan dat op een terughoudende en een humane wijze omgegaan dient te worden met (de inzet van) dwangmaatregelen. Dwangmaatregelen worden altijd conform de Wet BOPZ en de laatste Richtlijnen van de Inspectie voor Gezondheidszorg (IGZ 2011) ingezet. De KIB werkgroep vermoedt dat er in verhouding tot de reguliere GGZ meer separaties plaatsvinden, maar cijfers ter vergelijking zijn niet beschikbaar. Naast de gemeenschappelijke uitgangspunten bestaan er momenteel verschillende praktijken voor en zienswijzen op het separeren binnen de verschillende KIB's. Zo zijn sommige KIB's van mening dat de aanwezigheid van een separatieruimte noodzakelijk is in een KIB om

patiënten indien nodig te begrenzen en te beschermen. KIB Inforsa heeft uitsluitend nog zogenoemde afzonderingsruimtes. Ook deze afzonderingsruimtes worden afgebouwd. De KIB's maken bij voorkeur gebruik van confort rooms en zetten actief in op het reduceren van dwang en drang.

4. Behandelfase

Een opname in de KIB start vanuit de uitgangssituatie dat de behandelrespons in de verwijzende setting uit is gebleven en dat het zeer lastig is gebleken om een behandelrelatie met de patiënt aan te gaan. De KIB's hebben de mogelijkheid om in een intramurale setting een vorm van assertieve zorg aan te bieden. Dat wil zeggen: een actieve benadering naar de patiënt toe en het met de patiënt ondernemen van activiteiten. Dat resulteert in individuele, persoonsgerichte zorg. In de eerste fase van een KIB-opname neemt de patiënt meestal aan een (beperkt) aantal programmaonderdelen deel. Dit levert het team input om de behandelhypothese te testen en helder te krijgen wat de aard van het probleem is. De duur van deze periode wisselt per KIB. De eerste behandelevaluatie vindt gemiddeld plaats na zes weken.

Na deze eerste fase wordt samen met de patiënt een intensief en individueel behandelprogramma samengesteld. Het behandelprogramma bestaat uit verschillende onderdelen die samen een geïntegreerd geheel vormen. Ook groepsbehandelingen kunnen onderdeel uitmaken van het individueel samengestelde behandelprogramma. De KIB's bieden een ruime keuze aan (psycho)therapie, vaktherapieën en arbeids- en dagbestedingsmogelijkheden welke ondersteunend zijn bij het behalen van de individuele behandeldoelen van de patiënt. De behandeling is gericht op het verduidelijken en ombuigen van het ontwrichtingsprobleem. Voorbeelden van behandeldoelen zijn: het vergroten van zelfredzaamheid; het versterken van het gevoel van eigenwaarde; emotieregulatie en impulscontrole; verantwoordelijkheid nemen voor eigen gedrag/gedragsbeheersing; omgaan met sociale regels; samenwerken met anderen; het vinden van een toereikende dagstructuur. Voor alle patiënten geldt dat herstel een overstijgend doel is: waaronder het (her-)vinden van sociale rollen, acceptatie en het vinden van een manier van omgaan met de stoornis.

Behandelplan

Leidend in de behandeling op de KIB is het behandelplan (bij de KIB Trajectum heet dit het zorgplan), dat in multidisciplinair verband wordt opgesteld. Behandeling op de KIB is erop gericht om de ontwrichting op te heffen en mensen weer goed in balans te brengen. Zowel de patiënt als het verwijzend behandelteam worden nauw betrokken bij het bepalen van het individuele behandelbeleid. Ook wordt ernaar gestreefd het sociale systeem van de patiënt zoveel mogelijk bij de behandeling te betrekken. Het behandelplan omvat idealiter zowel doelen en interventies gericht op de patiënt, als doelen en afspraken gericht op het verwijzend behandelteam. De leden van de KIB-werkgroep geven echter aan dat

dit laatste (doelen gericht op het verwijzend team) momenteel nog niet ten volle en consequent wordt uitgevoerd.

Er wordt gewerkt in korte behandelcycli. Na afronding van iedere behandelcyclus wordt het behandelplan geëvalueerd. Hierbij worden zowel de patiënt en zijn sociale systeem als het verwijzend behandelteam betrokken.

Iedere patiënt heeft zowel een hoofdbehandelaar als één of twee persoonlijk begeleiders. De persoonlijk begeleider is verantwoordelijk voor het opstellen en uitvoeren van het verpleeg- of begeleidingsplan, dat gebaseerd is op het behandelplan. Alle andere disciplines leveren daarin hun eigen aandeel. In de multidisciplinaire behandelbesprekingen komen alle disciplines bij elkaar om de voortgang in de behandeling te bespreken. Dit is een integraal proces. Iedere discipline levert een verslag aan. De patiënt zelf wordt ook uitgenodigd om een verslag aan te leveren (Van Rooijen & Neijmeijer, 2014).

4.1 Verpleegkundig handelen en psychosociale interventies

Vanwege de 24-uursaanwezigheid van het begeleidend/verpleegkundig personeel, spelen verpleegkundigen en andere (groeps)begeleiders in een KIB een zeer belangrijke rol (Kool e.a., 2013). Zij hebben het meeste contact met de patiënten en spelen dus een belangrijke rol bij het herstellen van de ontwrichte behandelrelatie. De wijze waarop de verpleegkundigen en begeleiders reageren op het gedrag van patiënten is cruciaal; zowel verbaal als non-verbaal moeten zij de patiënten bewust maken van de consequenties van hun gedrag.

De verpleegkundigen en (groeps)begeleiders zorgen voor een dagritme en zetten de structuur en kaders uit, maar bieden de patiënt tegelijkertijd ook de ruimte voor eigen regie. De verpleegkundigen en (groeps)begeleiders hebben ook het meeste zicht op hoe het met de patiënt gaat. Zoals in de KIB werkgroep werd aangegeven: "Een therapie kan wel goed aanslaan, maar als de hulpverleners hier niks van terugzien op de afdeling, dan gaat het nog niet beter met de patiënt". Er zijn aanwijzingen dat verpleegkundige interventies op cognitieve en inzichtgevende basis effectief zijn bij de bestrijding van zelfverwondend gedrag, vooral als ze geënt zijn op een theoretisch kader. Zo kan het helpen als stafmedewerkers de vaardigheden kennen die de patiënten kunnen helpen om met hun ontregeling om te gaan (Richtlijn Persoonlijkheidsstoornissen, 2008).

Zoals reeds eerder omschreven wordt binnen een KIB gewerkt volgens een relationeel model: wat er in de relatie tussen de patiënt en de omgeving gebeurt, wordt als leidend gezien in de behandeling. Begeleidend personeel vormt hierbij de belangrijkste bron van input en behandeling. Zij staan de gehele dag in interactie met de patiënten en proberen de aard van de relatie te definiëren. Aan de hand van hun dagelijkse observaties wordt

multidisciplinair de insteek van de behandeling bepaald. Wanneer een patiënt tijdens de behandeling bijvoorbeeld steeds vervalt in zelfbeschadigend gedrag, wordt door de verpleging onderzocht wat de aanleiding hiervan zou kunnen zijn, worden de beoogde effecten van het gedrag in kaart gebracht en wordt multidisciplinair besproken wat de beste aanpak kan zijn. Hypotheses worden opgesteld, behandellijnen afgesproken en op korte termijn geëvalueerd. Het dagelijkse contact op de afdeling is altijd maatwerk, interventies zijn op de betreffende patiënt en de betreffende behoeften afgestemd.

4.2 Farmacotherapeutische behandeling

Vaak komen patiënten in een KIB binnen met een veelheid aan verschillende medicatie. Een gevolg hiervan kan zijn dat er sprake is van disregulatie: patiënten hebben hun emoties niet onder controle, waardoor therapieën niet aanslaan. In een KIB wordt daarom bij binnenkomst goed gekeken naar de (hoeveelheid aan) medicatie. Soms blijkt dat in eerdere behandelingen de Richtlijn niet volledig of systematisch is gevolgd wat betreft medicatie (Bron: Werkgroep KIB). In dat geval wordt medicatie afgebouwd of wordt de veelheid aan medicijnen teruggebracht. Er wordt in principe gewerkt conform de Richtlijnen, maar er wordt ook weloverwogen van afgeweken en off-label voorgeschreven (Bron: Werkgroep KIB).

4.3 Non-verbale therapieën

Non-verbale therapieën, ook wel aangeduid als vaktherapieën, spelen een belangrijke rol in het behandelaanbod van KIB's. Met name ook omdat de ontwrichting tussen patiënt en hulpverlener veelal heeft gezorgd voor weerstand tegen verbale therapievormen in het begin van de behandeling. Het opstarten van een contact middels non-verbale therapieën geeft in de praktijk een betere start dan wanneer er enkel verbale therapieën worden aangeboden. Onder non-verbale therapieën worden gerekend: beeldende therapie, drama, muziek-, danstherapie en psychomotorische therapie. Een verbale therapie sluit niet altijd aan bij de behoeftes en mogelijkheden van de patiënt. Patiënten zijn bij binnenkomst in een KIB vaak 'uitgepraat'; non-verbale therapieën kunnen dan uitkomst bieden (Bron: Werkgroep KIB). Non-verbale therapieën kunnen ondersteunend zijn bij het uiten van emoties, kunnen moeilijke situaties of pijnlijke ervaringen zichtbaar maken en kunnen de patiënt ondersteunen bij het verkrijgen van inzicht in zijn eigen patronen. De werkgroep Persoonlijkheidsstoornissen is bijvoorbeeld van mening dat vaktherapie haar waarde in de praktijk voldoende heeft aangetoond om een waardevol onderdeel te zijn van behandelingsprogramma's voor patiënten met persoonlijkheidsstoornissen. Tevens werd geconcludeerd dat onderzoek nog ontbreekt (Richtlijn Persoonlijkheidsstoornissen, 2008).

4.4 Systeeminterventies

Retrospectief dossieronderzoek bij 128 patiënten die in de KIB Eindhoven verbleven, liet een statistisch significante correlatie zien tussen een positief behandelresultaat en systeemgerichte interventies (Sonneborn & Dijkstra, 2003). De auteurs geven aan dat deze correlatie wijst op het belang van de sociale context die naast de context van de hulpverleningsrelatie bijzondere aandacht verdient in een KIB (Sonneborn & Dijkstra, 2003).

Informatieverschaffing

Naastbetrokkenen hebben behoefte aan informatie; over de procedures van de instelling, inhoud van het behandeltraject, enz. Daarnaast is er behoefte aan algemene voorlichting en informatie over ziektebeelden en is er behoefte aan een goede communicatie en samenwerking met de hulpverlening (Van Meekeren & De Jong, 1999). Belangrijk is dat familieleden, partners en andere naasten contact hebben met een vast contactpersoon vanuit de instelling (Richtlijn Persoonlijkheidsstoornissen, 2008).

De Werkgroep KIB geeft aan dat ouders en familie soms signalen afgeven dat zij te weinig worden betrokken in de behandeling. Dit kan leiden tot ontwrichting in de relatie tussen de hulpverlening en het systeem. Hier ligt aldus de werkgroep ruimte voor verbetering.

Schuldgevoel

Hulpverleners kunnen familie en direct betrokkenen helpen door zich te realiseren dat ouders vaak de schuld krijgen van de gedragsproblemen en (persoonlijkheids)stoornis van hun kind. Ouders hebben behoefte om over deze schuldvragen en hun eigen ervaringen met hun naasten te praten (Van Meekeren & De Jong, 1999). Momenteel wordt er een Generieke module *Ondersteuning familiesysteem en mantelzorg* ontwikkeld. De module geeft concrete aanbevelingen aan zorgverleners voor het behouden of vergroten van de veerkracht van familieleden en mantelzorgers en de wijze waarop zij een positieve bijdrage kunnen leveren aan genezing of herstel van de patiënt. Daarnaast bevat de module aanwijzingen voor de organisatie van samenwerking met familieleden en mantelzorgers en hun ondersteuning binnen de geldende (wettelijke) randvoorwaarden. De module richt zich op zorgverleners binnen de huisartsenzorg, generalistische basis-ggz en specialistische GGZ en heeft betrekking op familieleden en mantelzorgers van patiënten met psychische problematiek (website Kwaliteitsinstituut Nederland).

Systeemtherapie

Systeemtherapie is gericht op het herstel van relaties. Voor zowel de patiënt als voor zijn/haar omgeving kan systeemtherapie een belangrijke rol spelen. Systeemtherapie is gericht op verstoorde relaties en scheefgegroeide situaties. Familieleden, partners en directe anderen hechten groot belang aan duidelijkheid over de aanpak van de therapie en wat van hen verwacht wordt (Richtlijn Persoonlijkheidsstoornissen, 2008).

Casusbeschrijving betrokkenheid systeem

Danny is een 24-jarige man die met verslavings- en persoonlijkheidsproblematiek opgenomen wordt op de KIB Van der Hoeven. Hij heeft in de periode daarvoor een rondgang gemaakt langs verschillende locaties van de verwijzende zorginstelling, waar elk team uiteindelijk uitgeput raakte. De opnamedoelen van Danny zijn: reguleren van gedrag, diagnostiek in abstinente toestand en advies geven over uitstroomtraject. Al gauw blijkt, zoals doorgaans bij alle patiënten op de KIB, dat de problematiek van Danny niet los gezien kan worden van zijn netwerk, het gezin (ouders en oudere zus).

In de loop der jaren is binnen het gezin een dynamiek ontstaan waarin Danny de rol van 'bliksemafleider' vervult. Naast Danny's problemen met drugs en zijn daaruit voortvloeiende risicovolle en agressieve gedrag, is er in het gezin sprake van partnerrelatieproblemen, problemen met de oudste dochter en individuele problemen bij moeder. Danny is van jongs af aan gewend negatieve aandacht te vragen en te krijgen. Hierdoor is de focus op hem komen te liggen en veel minder op de rest van het gezin. Bij de ouders is er veel angst dat Danny nog verder zal afglijden als zij hem te veel grenzen stellen. Hierdoor krijgt Danny feitelijk alles van hen gedaan, met als gevolg verdere escalatie van zijn gedrag. Danny vindt het ook steeds normaler dat alles binnen en buiten het gezin om hem draait.

Tijdens de KIB-opname heeft de netwerkbegeleider allereerst als een buffer tussen ouders en Danny gediend, door bijvoorbeeld niet toe te staan aan ouders om te bellen en zelf een luisterend oor te bieden voor Danny, en zijn gedachten en zorgen uit te dagen. Ook zijn er grenzen gesteld aan alle partijen, bijvoorbeeld over de frequentie en duur van het (telefonische) contact. Er is psycho-educatie gegeven zodat er een begin kan worden gemaakt met het normaliseren van de ontwrichte en ontwrichtende familieverhoudingen en -rollen. De psycho-educatie was zowel gericht op het gebied van de persoonlijkheidsproblematiek als op de verslavingsproblematiek.

Het gebeurt vaak dat het netwerk het contact dreigt te verbreken als de patiënt terugvalt in middelengebruik. Dit veroorzaakt veel stress bij de patiënt, terwijl de familie uiteindelijk vaak het contact helemaal niet langdurig wil verbreken. Door realistische verwachtingen te scheppen en ruimte te maken voor het verdriet en de boosheid die de verslaving met zich mee brengen bij het netwerk wordt het stressniveau bij de partijen verlaagd. Als het gezin merkt dat dit weliswaar een moeizaam proces is maar wel werkt, staat zij open voor verdere verdieping middels systeemtherapie.

Tijdens deze sessies wordt de centrale rol van Danny binnen het gezin kleiner gemaakt, waardoor er ruimte ontstaat voor ouders en zus om zich anders tot elkaar en tot Danny te verhouden. Door Danny los te koppelen van zijn probleemgedrag en hem een eigen identiteit te geven (anders dan "Danny het toringjong"), kan iedereen, ook Danny, naar dit 'gezinslid' en zijn functie binnen dit gezin kijken. "Danny het toringjong" voelt zich verantwoordelijk voor het wel en wee van iedereen binnen het gezin, wil iedereen bij elkaar houden, is kwetsbaar, voelt zich in zijn pogingen snel afgewezen en haalt dan uit en gaat fors over hun grenzen. De overige gezinsleden laten dit toe of houden zich afzijdig waardoor er opnieuw onderlinge spanningen ontstaan.

Het gezin heeft als hoofddoel: "als gezin lekker draaien". Dit blijft steeds als leidraad dienen. Hoe kunnen ze dit ooit bereiken met Danny erbij?

In de therapie stellen zij zich voor het eerst als gezin centraal, zonder de exclusieve focus op slechts één van hen. Dat leidt al snel tot persoonlijke veranderingen. Zo leert moeder zichzelf minder als spil van het gezin te zien, zodat vader meer kan betekenen. Van uitvoerder wordt hij initiator. Moeder kan meer achterover leunen en heeft zo meer tijd voor zichzelf. Ook Danny probeert meer verantwoordelijkheid te nemen, zonder zich te verantwoordelijk of direct afgewezen te voelen als er niet volgens zijn verwachting wordt gereageerd. Danny ervaart de voordelen van positieve aandacht vragen van zijn ouders en leert steeds beter hun grenzen te accepteren. Voor zijn zus kan hij een luisterend oor zijn. Hij hoeft haar problemen niet op te lossen. Het lukt het gezin steeds beter op een ontspannen en respectvolle manier met elkaar om te gaan en activiteiten te ondernemen die voor allen zeer bevredigend zijn. Kortom, het gezin gaat steeds lekkerder draaien en "Danny het toringjong" verdwijnt naar de achtergrond.

Dit proces loopt parallel aan de individuele ontwikkeling en behandeling van Danny binnen de KIB.

Gezinsinterventies

Alhoewel gezinsinterventie de eerste evidence-based psychosociale interventie is waarvan al bijna twee decennia de effectiviteit is aangetoond, is deze nog bijna nergens (goed) in de zorg geïmplementeerd (Richtlijn Schizofrenie, 2012). De term gezinsinterventies omvat een breed scala aan interventies voor familieleden en andere betrokkenen, zoals psycho-educatie voor familieleden, familiegroepen, trainingen, gezinsbegeleiding en gezinstherapie. In de Richtlijn Schizofrenie (2012) worden gezinsinterventies beschreven die bestaan uit gezinssessies met een specifiek ondersteunende, educatieve of behandel functie; deze omvatten ten minste een van de volgende onderdelen: (1) probleem oplossen of crisismanagement; (2) een therapeutische interventie met aanwezigheid van de patiënt.

In ieder geval blijkt psycho-educatie aan familieleden positieve effecten te hebben. Uit een effectonderzoek naar de in Nederland gebruikte psycho-educatiecursus 'Omgaan met schizofrenie' blijkt dat deze cursus voor familieleden positief wordt gewaardeerd en positieve effecten heeft op de belasting en het subjectief welbevinden. Deze effecten

houden ook aan op de langere termijn. De cursus heeft geen effect op de ervaren steun (Bransen & Van Mierlo, 2007). De richtlijnen bevelen bovendien aan om:

- familieleden, partners en directe anderen voldoende informatie te verschaffen, zowel schriftelijk als mondeling, omtrent prognose en maatschappelijke consequenties voor patiënten en directe anderen;
- hierbij gebruik te maken van een vaste contactpersoon;
- hen duidelijk te informeren over wat van hen verwacht wordt;
- tijdens de behandeling - indien gewenst en zoveel als mogelijk - gebruik te maken van de informatie van familieleden, partners en directe anderen, en aandacht te hebben voor hun reacties op de ziekte van hun naaste;
- familieleden, partners en directe anderen te informeren over hun rechten, hulp voor henzelf en de beste manier van omgang met de patiënt.

Enkele KIB's (o.a. Eindhoven) beschikken over KOPP (-consulenten). De KIB Van der Hoeven heeft aan elke afdeling een fulltime netwerkfunctionaris gekoppeld die het betrekken van het netwerk, het herstellen van relaties en het geven van psycho-educatie als taak heeft.

Binnen Trajectum wordt gewerkt met een (beperkt aantal) systeemtherapeuten die aandacht hebben voor de patiënt en zijn/haar systeem (familie). Ook de betrokken maatschappelijk werkers zijn geschoold in het voeren van familiegesprekken. Met een betrokken systeem worden regelmatig gesprekken gevoerd over de inhoud van de behandeling en zij kunnen meedenken over interventies. Soms is een systeem echter nauwelijks betrokken of zijn zij eerder ontregelend voor de behandeling. Dan wordt er nog steeds contact gezocht, maar ligt de nadruk vooral op het maken van afspraken over het contact, de inhoud van gesprekken en bezoekafspraken. Ook wordt tijdens zulke gesprekken psycho-educatie gegeven aan ouders.

4.5 Psychologische en psychotherapeutische interventies

Zoals eerder aangegeven, is er bij veel KIB-patiënten sprake van disregulatie van emoties. Veel patiënten hebben in het verleden al diverse therapieën geprobeerd, maar deze sloegen - vaak als gevolg van de disregulatie - niet aan. De eerste stappen binnen een KIB zijn: goed naar de medicatie kijken (afbouw van medicatie, medicatie weer zuiver krijgen conform de Richtlijnen), coherent te zijn als team en tegelijkertijd de patiënt betere emotieregulatie aan te leren (door middel van non-verbale therapie en neuro-feedback). Vervolgens kunnen therapieën worden ingezet zoals EMDR en schema-therapie (Bron: Werkgroep KIB). Ook is het voor het aanslaan van de therapie van belang dat de mate van ontwrichting is afgenomen: *"wanneer de ontwrichte relatie gestabiliseerd is, kan er meer*

aandacht uitgaan naar het behandelen van de psychiatrische stoornis en de gerelateerde psychosociale problemen” (Kool e.a., 2013).

De keuze voor een bepaalde therapie hangt af van de problemen die een patiënt ervaart en de fase waarin de patiënt verkeert. Het is van belang om te beseffen dat vaak ook slechts elementen van een bepaalde therapie (of van meerdere therapieën) worden gebruikt; het gaat om de goede match tussen therapie en patiënt (Bron: Werkgroep KIB).

Het verblijf op de KIB is per definitie van tijdelijke aard. Daarom is het meestal niet haalbaar om een zeer intensieve therapie te starten. In veel gevallen krijgen patiënten ‘pre-therapie’ aangeboden om op die manier te werken aan het versterken van het eigen gevoel en eigenwaarde. Ook wordt aldus ingezet op het doorbreken van bepaalde denk- en gedragspatronen.

Het therapeutische behandelaanbod op een KIB is divers en bestaat onder meer uit: sociotherapie; cognitieve gedragstherapie (zoals 4G-therapie); traumabehandeling; creatieve therapie, dialectische gedragstherapie (wanneer de opnameduur dat toelaat), dramatherapie en psychomotorische therapie; arbeidstherapie; familitherapie en systeemgesprekken. Het aanbod in specifieke therapievormen verschilt tussen de verschillende KIB's in Nederland.

Naast bovenstaande therapieën is er een ruim aanbod aan trainingen zoals: omgaan met verslaving; vaardigheids- en assertiviteitstrainingen; agressieregulatietrainingen; psycho-educatie; emotieregulatie en schematherapie.

Al naar gelang de mogelijkheden van de patiënt worden de behandelingen en activiteiten individueel dan wel in groepen gevolgd. Groepstherapieën en -trainingen zijn gericht op specifieke thema's, zoals het leren omgaan met psychotische symptomen, verslaving, agressie, samenwerken of eigen grenzen leren kennen. Verder is er een divers activiteitenprogramma voor ontspanning, bestaande uit onder andere sport, handvaardigheid, tuinactiviteiten en computergebruik. Deze onderdelen zijn overigens niet alleen ter ontspanning maar ook specifiek bedoeld als mogelijkheid om een alternatieve daginvulling te ontwikkelen en te leren om aan nieuwe activiteiten plezier te ontleen (i.p.v. bijvoorbeeld middelengebruik). Ook kunnen patiënten gebruik maken van trajectbegeleiding en educatie of scholing.

4.6 Ervaringsdeskundigen en lotgenotencontact

In de reguliere GGZ is in toenemende mate meer aandacht voor herstel en herstelondersteunende zorg (HOZ) (zie ook §2.8). De inzet van ervaringsdeskundigen en het faciliteren van lotgenotencontact maken hier een belangrijk onderdeel van uit. Ook in

de KIB's is deze inzet groeiend, maar het verschilt nog sterk per KIB of er ervaringsdeskundigen werkzaam zijn.

Onder lotgenotencontact verstaan we uiteenlopende vormen van (georganiseerde) steun door en voor lotgenoten, bijvoorbeeld zelfhulpgroepen, ontmoetingsgroepen, lotgenotenhulp, herstelwerkgroepen en weerbaarheidsgroepen. Een van goed onderzochte interventies is: 'Herstellen doe je zelf'. Deze is in Nederland onderzocht en geschikt gebleken voor verschillende doelgroepen. In het buitenland is ook onderzoek gedaan naar lotgenotencontact en zijn effecten aangetoond op sociale integratie, empowerment en zelfvertrouwen van deelnemers (Van Gestel-Timmermans e.a., 2104).

Een ervaringsdeskundige is iemand die vanuit zijn eigen ervaringskennis mensen met vergelijkbare ervaringen kan ondersteunen bij hun persoonlijk herstelproces. Ervaringsdeskundigen kunnen op verschillende gebieden een belangrijke rol spelen (Hendriksen-Favier e.a., 2012 in: Van Gestel-Timmermans e.a., 2014):

- (a) ze kunnen ondersteuning bieden bij individuele herstelprocessen door voorlichting te geven, coaching en ondersteuning te bieden aan patiënten en naastbetrokkenen;
 - (b) ze kunnen een rol spelen bij de inrichting van herstelondersteunende zorg door voorlichting, scholing, coaching en ondersteuning te bieden aan medewerkers, die met name gericht is op bewustwording en attitudeverandering. Herstelondersteuning moet namelijk in de attitude of basishouding van medewerkers tot uiting komen;
 - (c) ze kunnen een rol spelen bij het creëren van maatschappelijke kansen door een positieve cultuur te scheppen rondom mensen met ernstige psychische beperkingen.
- Recentelijk is een aantal reviews verschenen over de inzet van ervaringsdeskundigen. De meningen over de inzet van ervaringsdeskundigheid zijn verdeeld. Volgens Chinman (2014) is de inzet van ervaringsdeskundigen in patiëntgestuurde interventies en ter ondersteuning van de zorg effectief, maar Pitt (2013), Repper & Carter (2011) en Wright-Berryman (2011) zijn wat voorzichtiger in hun conclusie; zij geven aan dat de inzet van ervaringsdeskundigen kan leiden tot betere resultaten, maar dat meer onderzoek nodig is. Lloyd-Evans (2014) daarentegen geeft aan dat er 'enig positief bewijs' is, maar vindt de evidentie niet sterk genoeg om beleidsmakers aan te bevelen dergelijke programma's aan te bieden (Van Gestel-Timmermans e.a., 2014). Deze onderzoeken zijn niet verricht bij de KIB's.

4.7 Aandacht diversiteit

Elke behandeling staat of valt bij de relaties tussen de patiënt, de hulpverlener, en naastbetrokkenen. Het is van belang te beseffen dat iedere patiënt (en iedere naastbetrokkene) in de eerste plaats een individu is met individuele gewoonten, meningen, religieuze opvattingen en vaardigheden. Sommige daarvan komen vaker of juist minder

vaak voor bij niet-westerse migranten dan bij andere Nederlanders, maar op individueel niveau is dat feit van betrekkelijk weinig waarde (Cultuursensitief addendum bij de Multidisciplinaire Richtlijn (MDR) Schizofrenie (2016). In het Cultuursensitief addendum worden enkele competenties en aandachtspunten genoemd die van belang zijn bij cultuursensitieve hulpverlening welke ook van nut zijn voor KIB's.

Een belangrijke competentie is het hebben van kennis van epidemiologie van ziekten en verschillende effecten van behandeling in verschillende etnische groepen. Daarnaast is bewustzijn van de invloed van cultuur op individueel gedrag en ideeënvorming, de sociale context waarin specifieke etnische groepen leven en eigen vooroordelen van de hulpverlener van belang. Belangrijke vaardigheden waarover een hulpverlener dient te beschikken in het kader van cultuursensitieve hulpverlening, is het op een begrijpelijke manier kunnen overbrengen van informatie (indien nodig met externe hulp zoals een tolk), het integreren van gespreksonderwerpen uit het cultureel interview in een (intake)gesprek, en cultuurspecifieke interventies (zoals het genogram) kunnen hanteren.

Ter bevordering van en het in stand houden van een goede behandelrelatie wordt aangeraden om de inzet van ervaringsdeskundigen voor psycho-educatie en begeleiding van patiënten met een niet-westerse achtergrond en de inzet van familie-ervaringsdeskundigen bij de psycho-educatie en de begeleiding van naastbetrokkenen te overwegen. Daarnaast wordt aanbevolen met de patiënt te overleggen of een tolk nodig is (liever geen naastbetrokkene) en naastbetrokkenen (zo nodig met een tolk) bij de behandeling te betrekken. Aangeraden wordt om de patiënt te vragen naar een gezaghebbend figuur in de familie en te vragen of deze bij de behandeling betrokken moet worden. Daarnaast wordt aanbevolen om het gebruik van een genogram te overwegen.

Een belangrijk aandachtspunt in de hulpverlening aan patiënten met een niet-westerse achtergrond, is het feit dat de westerse geneeskunde symptomen, klachten en gedragsafwijkingen beschouwt als uitingen van somatisch óf psychisch onwelzijn, terwijl deze scheiding tussen lichaam en geest bij andere culturen niet zo scherp is. Hier dient men – dus ook in de KIB - rekening mee te houden bij het beoordelen van de klachtenpresentatie van de patiënt. Respecteer het verklaringsmodel van de patiënt (of ga er omheen) en informeer naar eventuele alternatieve behandelingen. Het is van belang om aandacht te besteden aan gevoelens van schaamte en het taboe rond het psychisch ziek zijn. Daarnaast is het van belang dat de hulpverlener zich ervan bewust is dat bij (sommige) migrantengroepen de symptomen van anhedonie en depressie kunnen duiden op een andere ziekte of aandoening en ook te maken kunnen hebben met de sociaal-economische en culturele situatie.

In het Cultuursensitief addendum wordt aangegeven dat de noodzaak van de afname van een goede hetero-anamnese bij migranten zo mogelijk nog groter is dan bij autochtonen. Het verdient aanbeveling om aan familieleden te vragen wat ze van de opvattingen en belevingen van de patiënt vinden en of ze deze normaal achten binnen hun cultuur. Diagnostische interviews houden in de meeste gevallen onvoldoende rekening met de migratieachtergrond en daarom zijn culturele vragen (vragen uit het cultureel interview) als extra toevoeging van belang.

In het Cultuursensitief addendum wordt uitgebreid stilgestaan bij diagnostiek, het gebruik van antipsychotica en (verschillen in) bijwerkingen bij patiënten met een niet-westerse achtergrond. Voor meer informatie verwijzen wij naar het Cultuursensitief addendum bij de Multidisciplinaire Richtlijn (MDR) Schizofrenie (2016).

5. Co-morbiditeit

5.1 Verslaving

Veel patiënten die worden opgenomen op de KIB hebben (een verleden van) verslavingsproblematiek. Verslavingsbehandeling maakt in dat geval structureel deel uit van het behandel aanbod. Aandacht daarvoor is noodzakelijk omdat verslaving een complicerende factor is. Zo stelt de Richtlijn persoonlijkheidsstoornissen bijvoorbeeld dat het aannemelijk is dat er bij de combinatie van borderlinepersoonlijkheidsstoornis en verslaving een verhoogde kans op suïcidaliteit bestaat (Richtlijn Persoonlijkheidsstoornissen, 2008).

Per patiënt wordt een individueel behandelbeleid bepaald, waarbij de doelen worden afgestemd op de fase waarin de patiënt zich bevindt. Soms wordt opname op een detox-afdeling noodzakelijk geacht alvorens een patiënt op de KIB kan worden behandeld. Op alle gesloten afdelingen van de KIB's wordt een drugsvrij beleid gevoerd.

In beginsel wordt abstinentie nagestreefd hetgeen niet wil zeggen dat er onmiddellijke sancties volgen indien dat niet lukt. Vooral in de resocialisatiefase is het onvermijdelijk dat patiënten weer in aanraking komen met middelen. Hiermee leren omgaan is een belangrijk aandachtspunt. KIB Van der Hoeven Kliniek hanteert hierbij een specifieke methode: community reinforcement approach (CRA). Deze methode is erop gericht om patiënten positieve, niet-verslavingsgebonden bekrachtigers aan te reiken waar zij plezier aan ontleen. Hiermee wordt tegenwicht geboden aan negatieve, verslavingsgerelateerde triggers en bekrachtigers. Bij CRA wordt gezocht naar positieve omgevingsfactoren die betekenis hebben voor de patiënt, zoals werk of een andere manier van dagbesteding. KIB Eindhoven kan een beroep doen op het Dubbele-Diagnose consultatieteam van De Woenselse Poort, CIB Palier werkt indien nodig met het Centrum Dubbele Problematiek van Palier. De werkgroep Multidisciplinaire Richtlijn Persoonlijkheidsstoornissen (2008) is van mening dat een geïntegreerd behandelplan, waarin zowel aandacht wordt gegeven aan de verslavingsproblemen als aan de persoonlijkheidsproblemen, de meeste kans van slagen heeft. Omdat een geïntegreerde behandeling (nog) niet overal wordt aangeboden, dient er aandacht te zijn voor een goede samenwerking tussen de betrokken behandelaren en in de organisatie van de zorg. Door de geïntegreerde dubbele problematiek behandeling krijgt een patiënt voor zowel de verslavings- als de psychiatrische problemen behandeling vanuit één team. Binnen CDP van Palier wordt gewerkt met IDDT (Integrated Dual Disorders Treatment) voor een geïntegreerd behandel aanbod. Dit model gaat uit van verschillende fases van gedragsverandering van de patiënt. In een behandeling moeten de aangeboden behandelactiviteiten aansluiten bij deze verschillende stadia van

gedragsverandering. Dit kan voorkomen dat een patiënt zich onbegrepen voelt of zich terugtrekt, of dat hulpverleners het gevoel hebben tekort te schieten⁸.

5.2 Somatiek

Uit onderzoek blijkt dat de somatische zorg aan mensen met een ernstige psychische aandoening (EPA) op een aantal punten tekortschiet, hetgeen leidt tot onderdiagnostiek en onderbehandeling (Multidisciplinaire Richtlijn Somatische screening bij patiënten met een ernstige psychische aandoening; V&VN, 2015). Door de relatief slechte somatische conditie ligt de levensverwachting bij mensen met een ernstige psychische aandoening 20-25 jaar lager dan die van de algemene bevolking (Marder e.a., 2004; Saha e.a., 2007; Tiihonen e.a., 2009). Gezondheidsproblemen die daar het meest aan bijdragen zijn: cardiovasculaire aandoeningen, respiratoire aandoeningen, infecties, endocriene stoornissen en bepaalde vormen van kanker.

Op grond van zeven belangrijke systematische onderzoekspublicaties (waaronder één Nederlandse) beveelt de richtlijnwerkgroep 'Somatische screening bij patiënten met een ernstige psychische aandoening' de gezondheidsaspecten aan op welke gescreend dient te worden. Het gaat om aspecten op het gebied van (1) algemene somatische screening (2) medicatiemonitoring en (3) leefstijl. Dit geldt onverkort voor de KIB.

Algemene somatische screening

In de Richtlijn Somatische screening bij patiënten met een ernstige psychische aandoening wordt wat betreft de algemene somatische screening de volgende aanbeveling gedaan: Neem bij álle mensen met een ernstige psychische aandoening een algemene somatische screening af, die bestaat uit de volgende activiteiten:

1. Uitvragen van de hoofdklacht: VALTIS (voorgeschiedenis, aard, locatie, tijd, intensiteit, samenhang van de klachten).
2. Medicatie.
3. Uitvragen van klachten op de gebieden: respiratoir, circulatoir, digestivus, locomotorius, urogenitalis, endocriene status, zenuwstelsel, hematologische status.
4. Algemene vragen: welbevinden, pijnklachten, gewichtsverandering, bezoek buitenland, allergieën, intoxicaties, vaccinaties.
5. Voorgeschiedenis kwetsbaarheid.
6. Familieanamnese.

⁸ In de databank Erkende interventies GGZ (o.a. via de site van het Trimbos-instituut) is een uitgebreide beschrijving van het IDDT-model te vinden.

7. Lichamelijk onderzoek op basis van anamnese (lichamelijke klachten en medicatiegebruik) en risicogebieden, waaronder: BMI, middelomtrek, bloeddruk, pols, temperatuur; gebits- en mondcontrole; oogcontrole: visus, netvliesafwijkingen (diabetische retinopathie); huidcontrole; basis-neurologisch onderzoek (waaronder onderzoek naar bewegingsstoornissen).
8. Standaard specifieke metingen laboratorium: nuchter-glucose (of HbA1c), nuchter cholesterol, HDL-cholesterol-ratio, triglyceriden.

(Multidisciplinaire Richtlijn Somatische screening bij patiënten met een ernstige psychische aandoening; V&VN, 2015).

Monitoring medicatiegebruik

In de Richtlijn Somatische screening bij patiënten met een ernstige psychische aandoening wordt wat betreft de monitoring van medicatiegebruik de volgende aanbeveling gedaan: Monitor bij alle mensen met een ernstige psychische aandoening het medicatiegebruik. Dit omvat de volgende activiteiten: 1. Systematisch in kaart brengen van de voorgeschreven medicatie en het medicatiegebruik. Hoe gaat de patiënt om met de medicatie, hoe en wanneer (voor, na of bij het eten) wordt deze ingenomen en welke medicatie gebruikt de patiënt er (af en toe) bij? 2. Systematisch in kaart brengen van de subjectieve ervaringen rondom medicatiegebruik: klachten en therapietrouw. 3. Systematisch vaststellen van de bijwerkingen van de medicatie. Hierbij is minimaal aandacht voor bewegingsstoornissen, cardiovasculaire en metabole problemen, en seksuele problemen. 4. Breng de bevindingen in verband met de resultaten van de algemene somatische screening. Gebruik voor een meer uitgebreide vaststelling van de subjectieve ervaringen van patiënten aangaande hun medicatiegebruik de SRA-74 of de SRA-34 (Multidisciplinaire Richtlijn Somatische screening bij patiënten met een ernstige psychische aandoening; V&VN, 2015).

Screening leefstijl

Naast de richtlijnen voor somatische screening en monitoring van medicatiegebruik worden in de Richtlijn Somatische screening bij patiënten met een ernstige psychische aandoening aanbevelingen gedaan voor de screening van leefstijl. Het gaat om de volgende aanbevelingen: Neem bij mensen met (risico op) een ernstige psychische aandoening een leefstijlanamnese af op de volgende aspecten: 1. Voeding en eetpatroon (inclusief koffie en energiedranken) 2. Bewegen en sport 3. Welbevinden en ontspanning (balans tussen belasting en belastbaarheid) 4. Middelengebruik (tabak, alcohol, medicatie verkrijgbaar zonder recept, drugs) 5. Slapen (dag- en nachtritme; opstaan) 6. Seksueel gedrag en SOA-preventie 7. Hygiëne (waaronder mondhygiëne). Breng bij mensen met een (risico op) ernstige psychische aandoeningen op basis van de leefstijlanamnese in kaart op welke gebieden het nodig is om leefstijlinterventies te plannen en uit te voeren. Betrek hierbij de

uitkomsten van de algemene somatische screening en medicatiemonitoring. Gebruik als ondersteuning een gestandaardiseerd instrument voor de leefstijlanamnese, zoals Leefstijl-in-beeld of het onderdeel leefstijl in de VMSL-GGZ. Zet in de volgende gevallen bij de leefstijlanamnese een instrument in dat aansluit bij de motivatie van de patiënt en een combinatie van voorlichting en ondersteuning bij leefstijlverandering omvat, zoals Leefstijl-in-beeld: a. wanneer een meer uitgebreide leefstijlanamnese gewenst is; b. of wanneer er leefstijlinterventies worden overwogen of worden opgesteld. Leefstijl-in-beeld kan vervolgens benut worden voor de planning en uitvoering van leefstijlinterventies (Multidisciplinaire Richtlijn Somatische screening bij patiënten met een ernstige psychische aandoening; V&VN, 2015; Richtlijn Leefstijl bij patiënten met een ernstige psychische aandoening; V&VN, 2015).

Frequentie van screening

De Richtlijn Somatische screening beveelt aan minimaal een keer per jaar op alle aspecten van de algemene somatische screening en medicatiemonitoring te screenen. Indien er sprake is van een start met of toevoegen van (nieuwe) medicatie (psychofarmaca), dan dienen controles vaker uitgevoerd te worden. Indien er een aanleiding voor is, zoals (ernstige) bijwerkingen, dan dienen controles frequenter uitgevoerd te worden.

6. Verwijzing en nazorg

Zodra de voorwaarden voor een goede voortzetting van de behandeling weer in voldoende mate aanwezig zijn en voorzien is in de zorgbehoeftes van de patiënt, draagt de KIB de behandeling over aan de verwijzende GGZ-instelling of geeft de KIB een advies voor voortzetting van de behandeling elders. Patiënten worden terugverwezen als er sprake is van stabilisatie, van (hersteld) contact tussen patiënt en verwijzer én de verwachting dat het verwijzend team goed in staat is de behandeling van de patiënt voort te zetten. KIB Trajectum geeft niet zelden ook nog een periode na terugverwijzing behandeling aan de patiënt. Dit gebeurt omdat de GGZ deze meer specifieke zorg niet altijd zelf kan bieden. Terugverwijzingen worden altijd zorgvuldig en in overleg met de verwijzende GGZ-instelling voorbereid. Overdracht vindt stapsgewijs plaats met voldoende handvatten voor patiënt en hulpverleners. Ook na terugverwijzing van de patiënt naar de verwijzende instelling behoudt de KIB contact met het behandelteam en kunnen hulpverleners terugvallen op (de polikliniek of het consultatieteam van) de KIB.

Voor patiënten is het eveneens waardevol om na terugkeer op hun oorspronkelijke afdeling nog een tijdje begeleiding te krijgen van een inmiddels vertrouwde behandelaar vanuit de KIB. Het geeft patiënten dikwijls steun en het helpt hen eveneens om niet opnieuw in dezelfde fuik te lopen als voorheen. Zij zijn dikwijls onzeker over hun eigen zwaktes in de periode van overplaatsing. Het brengt voor patiënten spanning teweeg om terug te gaan naar de afdeling waar het uit de hand is gelopen en waar zij mogelijk geconfronteerd worden met dezelfde triggers. Het is ondersteunend als een inmiddels vertrouwd persoon vanuit de KIB kan helpen om die triggers af te zwakken (Van Rooijen & Neijmeijer, 2014).

In een aantal gevallen blijkt terugkeer naar de verwijzende GGZ-instelling niet mogelijk of niet aangewezen en zijn er gegronde redenen om de behandeling in een andere (gespecialiseerde) setting voort te zetten. Zo blijkt dikwijls dat patiënten met licht verstandelijke handicaps (SGLVB) beter niet terug verwezen kunnen worden naar de GGZ-instelling waar zij vandaan komen. Een gespecialiseerde instelling voor (SG)LVB is dan meer aangewezen. Ook komt het soms voor dat patiënten kunnen doorstromen naar een eigen woning of naar een voorziening voor beschermd wonen. In die gevallen kan er ambulante zorg worden geboden vanuit de polikliniek, (For)FACT-teams of het consultatieteam van de KIB.

7. Voorwaarden KIB aanpak

7.1 Gebouw en capaciteit

Alle KIB's beschikken over meerdere afdelingen of units die kleinschalig zijn opgezet. Het aantal patiënten per afdeling of unit varieert van 6 tot 17. De KIB's beschikken over een hoge beveiligingsgraad waardoor zij in staat zijn om te werken met de 'moeilijkste' doelgroepen in de GGZ. Het merendeel van de capaciteit is gesloten. Kamerdeuren kunnen indien nodig worden afgesloten. Patiënten van KIB Inforsa, Palier en Van der Hoeven kunnen gebruik maken van een comfortroom, KIB Trajectum heeft sinds enige tijd een rustruimte. Daarnaast zijn er separatie- en/of afzonderingsruimtes beschikbaar. Naast de gesloten units beschikken CIB Palier en KIB Eindhoven over open afdelingen, bedoeld voor patiënten die geen gesloten setting (meer) nodig hebben en/of voor patiënten die zich in de resocialisatiefase bevinden.

Alle patiënten beschikken over eenpersoonskamers met sanitaire voorzieningen. De units beschikken over een gezamenlijke woonkamer en keuken. Daarnaast zijn er mogelijkheden om te sporten, te werken en te recreëren. Patiënten die op een gesloten afdeling verblijven en niet zonder begeleiding naar buiten mogen, kunnen gebruik maken van diverse voorzieningen en diensten op en rond de afdeling, zoals een kapper en een pedicure. Op de gesloten afdelingen is 7 x 24-uurszorg aanwezig. CIB Palier en KIB Eindhoven beschikken over open afdelingen/trainingsunits die alleen tijdens kantooruren bemand zijn. Buiten deze tijden kunnen patiënten een beroep doen op medewerkers van de gesloten afdeling.

De KIB's voorzien ook in algemene diensten van een huisarts, tandarts, geestelijk verzorger, sociaal juridisch dienstverlener en een patiëntvertrouwenspersoon.

7.2 Aanwezigheid separatie- of afzonderingsruimte

In geval een separatie toch onvermijdelijk is omdat het gevaar voor de patiënt en/of voor zijn omgeving niet valt af te wenden, wordt te allen tijde het contact met de patiënt behouden. Een separatie of afzondering wordt gezien als een noodzakelijke fase met als doel om het contact met de patiënt weer te herstellen. Eén van de hulpverleners blijft in de nabijheid van de patiënt zodat diegene niet alleen is. De betreffende hulpverlener tast af wanneer verbaal of fysiek contact weer mogelijk is en probeert iemand gerust te stellen. Het is niet altijd aangewezen om continu in het zicht te zijn. De begeleider kan ook aangeven dat hij even weg gaat en over een vastgestelde tijd weer terug komt. In de KIB Inforsa zijn enkel nog afzonderingsruimtes beschikbaar (zie ook paragraaf 3.3).

7.3 Personeelscapaciteit

De KIB's beschikken over een personele bezetting van ca 1,8 fte per patiënt. De personele bezetting is afgestemd op de aard van de doelgroep. Het multidisciplinaire team bestaat uit verpleegkundigen, groepsbegeleiders, één of meerdere psychiaters, arts-assistenten, klinisch psychologen, GZ-psychologen, maatschappelijk werkers, vaktherapeuten, psychomotorisch therapeuten, trajectbegeleiders en vormingsmedewerkers. De personeelscapaciteit en de mix van disciplines maakt het mogelijk om patiënten intensieve en een hoogwaardige persoonsgerichte behandeling te bieden. Dit is een belangrijke voorwaarde om het hoofd te bieden aan complexe psychiatrische aandoeningen en ernstige gedragsproblemen. Een intensieve behandeling is een absolute voorwaarde om patiënten te bereiken en met hen in contact te komen.

7.4 Reflectief milieu

In alle KIB's is er veel aandacht voor teamwork en professioneel handelen. Er is veelvuldig onderling overleg zodat iedereen goed geïnformeerd is over de actuele ontwikkelingen op de afdeling, spanningen die er wellicht leven en mensen die extra in het oog gehouden moeten worden om escalaties te voorkomen. De teamleden hebben daarin elk een eigen rol en vullen elkaar aan. Dat kan alleen als er binnen het team voldoende afstemming is en een open cultuur. Gezien de complexiteit van de doelgroep is er binnen de KIB's eveneens veel aandacht voor (zelf)reflectie, coaching, deskundigheidsbevordering en veiligheid van het personeel. De KIB's maken gebruik van diverse methoden om dit te bewerkstelligen:

- Moreel beraad en ethische reflectie: moreel beraad is een bijeenkomst tussen betrokkenen in de zorg (professionals, management, Raad van Bestuur, patiënten, familieraadsleden) waarin men op systematische wijze reflecteert op één van hun morele vragen, afkomstig uit de eigen praktijk. Een moreel beraad wordt gefaciliteerd door een specifiek getrainde, non-directieve gespreksleider en wordt gestructureerd middels een methodische opbouw (Molewijk, 2010);
- Presentie- en casuïstiekbesprekingen: dit zijn besprekingen waarin het team in interviewvorm reflecteert op het eigen handelen, beslissingen en dilemma's;
- Inhuren experts: het team kan rond specifieke vragen en behoeften een interne of externe expert aantrekken. Deze sluiten aan bij een casuïstiekbespreking, geven een klinische les en kunnen ingezet worden voor second opinions.

Reflectie op de eigen attitude, het eigen handelen en de opstelling van het team ten opzichte van de patiënt is vrijwel dagelijks aan de orde en zijn onlosmakelijk verbonden aan het relationeel werken. Juist bij patiënten die kampen met persoonlijkheidsproblemen

is dit van groot belang, bijvoorbeeld om goed om te kunnen gaan met overdracht en tegenoverdracht. Teamleden kunnen elkaar attenderen op bepaalde patronen en elkaar daarin corrigeren of scherp houden. Een structureel systeem van continue leren en reflecteren is noodzakelijk. Coaching, intervisie en supervisie zijn daarbij belangrijk ter ondersteuning. Deskundigheidsbevordering is tevens van belang zodat de teams goed getraind zijn om preventief en de-escalerend te werken en adequaat in te spelen op ontwrichting en agressie. De veiligheid op de afdeling is eveneens een issue. Risicotaxatie en observatie luisteren nauw (Van Rooijen & Neijmeijer, 2014).

8. Slotbeschouwing

Uit deze werkbeschrijving blijkt dat de KIB's een unieke positie innemen in het zorgaanbod voor mensen die in hun behandeling vastlopen. Er is geen specifieke Richtlijn voor de KIB's voorhanden, maar een aantal van de bestaande Multidisciplinaire Richtlijnen (zoals Persoonlijkheidsstoornissen, Schizofrenie, Suïcide) bevatten aanbevelingen en conclusies die ook voor de KIB van toepassing zijn (zie bijlage 2 voor een overzicht). Daarnaast is er in de wetenschappelijke literatuur informatie te vinden die relevant is voor de KIB's, omdat het aansluit bij de doelgroep en de problematiek. In aansluiting op de richtlijnen en de literatuur hebben de KIB's een aantal ontwikkelingen aangegeven waarop zij de komende jaren meer aandacht zullen richten.

Profilering KIB Nederland

De KIB's hebben in Nederland een herkenbare plaats verworven in het zorgaanbod voor mensen met ernstige psychische aandoeningen, complexe gedragsproblematiek én een vastgelopen behandelrelatie. In hun communicatie over wát precies de expertise en meerwaarde van de KIB's is en h́oe zij precies te werk gaan om de ontwrichting om te buigen, zullen de KIB's zich sterker profileren. De waarde van de KIB's kan nog scherper worden opgetekend, waardoor duidelijk wordt gemaakt hoe zij zich onderscheiden van andere voorzieningen en in welk aanbod zij voorzien. Met deze werkbeschrijving ligt er een goede basis, maar zoals gesteld in het voorwoord is dit een eerste werkdocument dat nadere uitwerking en verdieping vraagt. De KIB's hebben zich verenigd in KIB Nederland en vanuit dat gremium zal de komende tijd uitvoering worden gegeven aan een gezamenlijke ontwikkelagenda.

Relationeel werken

In de KIB's is relationeel werken het centrale uitgangspunt, maar de theoretische uitgangspunten en onderbouwing daarvan verschillen per KIB. Er wordt gebruik gemaakt van zowel de 'presentiebenadering', de 'attachment theorie' en het 'relationship management model'. Ontwikkelingen op dit gebied zijn momenteel sterk in beweging en het is noodzakelijk om medewerkers voortdurend te blijven scholen en te ondersteunen op dit gebied. KIB Nederland zal blijven investeren in visie- en beleidsontwikkeling alsmede methodische doorontwikkeling. De relatie patiënt-hulpverlener vormt immers de kern van de KIB-behandeling.

Screening en diagnostiek en behandeling

Hoewel (hernieuwde) diagnostiek van patiënten één van de opnamedoelen kan zijn, staat symptoomgerichte diagnostiek en -behandeling in de KIB's doorgaans minder op de voorgrond dan in de Richtlijnen voor behandeling beschreven staat. Dit behoeft aandacht in de komende jaren om patiënten doelgerichter te kunnen behandelen. De behandeling in de KIB's richt zich primair op het herstellen van de (meerdimensionele) ontwijking. De KIB's willen, vanuit hun expertrol, het voortouw nemen in instrumentontwikkeling en methodiekontwikkeling rondom ontwijking.

Risicomanagement en reductie van dwang en drang

In de KIB's wordt gebruik gemaakt van risicotaxatie- instrumenten om de kans op risicovol gedrag in kaart te brengen. Risicotaxatie is een onderdeel van risicomanagement, waarin ook de patiënt een belangrijke rol heeft. De verschillende KIB's constateren weinig eenheid in hoe de verschillende dimensies van agerend en risicovol gedrag (zelfbeschadiging, suïcidaal gedrag) in kaart worden gebracht. Hoewel er in de afzonderlijke KIB's veel aandacht hiernaar uitgaat, kan er qua systematiek en methodiek meer gezamenlijk ontwikkeld worden. Dit geldt ook voor het voeren van een gericht beleid om dwang en drang te reduceren.

Registratie

Tijdens het samenstellen van deze werkbeschrijving werd duidelijk dat er behoefte is aan een eenduidig registratiesysteem. Een eenduidige en goed toegankelijke registratie van aanmeldingen, opnames en verblijfsduur is noodzakelijk. Bijna alle KIB's houden weliswaar cijfers bij over incidenten en separaties, maar de definities en systemen verschillen. Hierdoor zijn deze cijfers onderling niet vergelijkbaar. Gezamenlijk - vanuit KIB Nederland - wordt het initiatief genomen voor het inrichten van een eenduidig registratiesysteem.

Ervaringsdeskundigheid

Op verschillende plekken in deze werkbeschrijving is gesproken over de waarde van ervaringsdeskundigheid. De KIB's erkennen de waarde en het belang van ervaringsdeskundigheid en sommige KIB's werken ook met ervaringsdeskundigen. Er zal op korte termijn verkend worden hoe dat binnen de KIB nog sterker vorm kan krijgen.

Betrekken van het systeem/systeem-interventies

De Richtlijnen benadrukken het belang van het betrekken van familie en naasten. Onderzoek in de KIB Eindhoven (Sonnenborn & Dijkstra, 2003) heeft aangetoond dat dit ook voor de KIB-populatie geldt. Ouders en familie van KIB-patiënten uiten regelmatig de wens om meer betrokken te worden in de behandeling. Oppakken van deze wens is

bovendien noodzakelijk om verslechtering in de relatie tussen de hulpverlening en het systeem te voorkomen. Wat betreft systeeminterventies kan het aanbod in de KIB's sterker neergezet worden. Momenteel zijn er enkele KIB's met KOPP (-consulenten), een netwerkfunctionaris of systeemtherapeuten. Het betreft bijna altijd functionarissen met een zeer breed pakket aan taken, van het voeren van systeemgesprekken tot aan scholing van collega's. Gezien de ruimschoots aangetoonde effectiviteit van gezinsinterventies willen de KIB's hier meer aandacht aan gaan besteden.

Co-morbiditeit

De co-morbiditeit met verslaving is zeer hoog. De KIB's geven aan dat hier aandacht voor is en dat er bij verslaving een passend aanbod in de KIB's beschikbaar is, maar dat met name de samenhang met andere behandelonderdelen nog verbeterd kan worden.

Wat betreft somatische co-morbiditeit willen de KIB's meer aandacht geven aan somatiek, leefstijl en screening van risicofactoren. De patiënten hebben complexe en vaak ernstige problematiek, gebruiken veel medicatie en zoals gezegd, vaak ook nog alcohol en andere middelen. Van deze afzonderlijke factoren is bekend dat zij een negatieve invloed op de gezondheid hebben, gecombineerd is deze invloed vele malen groter. Er bestaat sinds 2015 een richtlijn gericht op zowel somatische screening als leefstijl voor patiënten met ernstige psychiatrische klachten. Deze aanbevelingen kunnen KIB-breed geïmplementeerd worden.

Consultatiefunctie

De KIB's hebben een belangrijke consultatiefunctie, met name op het gebied van bejegening en het relationeel werken. In de huidige consultatiefunctie ligt de nadruk op nazorg, dus aansluitend op een KIB-traject. Enkele KIB's geven ook 'preventieve consultatie'. Dit verdient meer aandacht. De KIB's willen een gezamenlijk en landelijk consultatieaanbod uitwerken, met daarin aandacht voor consultatie in elke fase van de behandeling én aandacht voor de specifieke expertise van de verschillende KIB's. De consultatie-functie kan zich zowel op andere hulpverleners richten als op het systeem van de patiënt.

Beleid dwang en drang

Tijdens het opstellen van deze werkbeschrijving werd duidelijk dat separeren in de KIB's regelmatig voorkomt. De KIB's geven aan dat dit soms onvermijdelijk is, gezien de ernstige problemen van de doelgroep maar dat de inspanningen in eerste instantie erop gericht moeten zijn om dreigende escalatie vroegtijdig te signaleren en te ondervangen. Het gezamenlijke beleid hiervoor vergt meer uitwerking om dwang en drang en - als uiterste middel - separatie zoveel mogelijk te voorkomen.

Ambulante KIB's

In de bijeenkomsten van KIB Nederland is meerdere malen ter sprake gekomen dat men idealiter toe zou willen naar een ambulante inzet van de KIB-functie. KIB-medewerkers kunnen dan waar nodig op locatie worden ingezet, als aanvulling op de reguliere hulpverlening. De KIB's verkennen in dit kader ook de mogelijkheden om transferverpleegkundigen in te zetten die ambulant kunnen werken, dit nadrukkelijk ter aanvulling op de noodzakelijke klinisch intensieve behandeling. KIB Nederland sluit daarmee aan op vragen van de (regionale) ketenpartners. In de komende periode zal KIB Nederland het gesprek met belangrijke landelijke en regionale ketenpartners intensiveren.

Bijlage 1 Theoretische verdieping

Zelfbeschadiging, suïcidaliteit, agressief gedrag en dwang en drang

Definities

De termen zelfbeschadiging, zelfverwonding en automutilatie worden (in de klinische praktijk) vaak als synoniemen gebruikt, maar de termen refereren naar verschillende gedragingen (Claes & Vandereycken, 2007).

In Nederland wordt de voorkeur gegeven aan het gebruik van de term 'zelfbeschadigend gedrag', onder meer vanwege het overkoepelende karakter van de definitie. Ook de patiëntenbewegingen in Nederland (o.a. de Landelijke Stichting Zelfbeschadiging) geven de voorkeur aan de term 'zelfbeschadigend gedrag'. Zelfbeschadigend gedrag wordt gedefinieerd als "het doelbewust toebrengen van *directe of indirecte* schade aan het lichaam zonder dodelijk resultaat" (Kool, 2015; Kool e.a., 2010). Automutilatie valt nadrukkelijk niet onder zelfbeschadigend gedrag.

Overigens is er onder deskundigen (internationaal) geen consensus over de te gebruiken terminologie. Zo sluiten de Belgische Claes & Vandereycken (2007) aan bij de Verenigde Staten, waar de voorkeur wordt gegeven aan de term 'self-injurious behavior' of self-injury'. Deze terminologie wordt gedefinieerd als "any socially unacceptable behavior involving deliberate and direct injury to one's own body surface without suicidal intent" (Claes & Vandereycken, 2007). Deze definitie excludeert indirecte schade aan het lichaam, terwijl in de Nederlandse definitie van zelfbeschadigend gedrag indirecte schade is geïnccludeerd. Aansluitend bij de Nederlandse praktijk en de patiëntenbeweging, zullen we in dit document spreken we over zelfbeschadigend gedrag.

In internationale literatuur wordt steeds vaker de term automutilatie (*self-mutilation*) vermeden vanwege de negatieve connotatie die met deze term samenhangt. Zo zegt Walsh hierover in zijn boek *Treating Self-injury, a practical guide* (2012): "I accept the contention that the term 'self-mutilation' is derogatory, stigmatizing, or even sensationalistic in referring to the behavior". In de Nederlandse praktijk wordt de term echter nog wel, en meestal foutief, toegepast.

Verklaringen van zelfbeschadigend gedrag

Mensen die zichzelf beschadigen hebben veelal een negatief zelfbeeld, een verstoord lichaamsbeeld en een negatieve lichaamsbeleving. Vaak hebben zij een traumatisch verleden waarin allerlei vormen van misbruik hebben plaats gevonden (Bosman & Van Meijel, 2009). Deze negatieve ervaringen in het verleden dragen sterk bij aan de moeizame regulatie van affecten en emoties in het heden. Het zichzelf beschadigen wordt dan ook vaak toegepast om zich staande te houden en om door te kunnen gaan met het alledaagse leven. Het directe gevolg van zelfbeschadiging is een afname van spanning, boosheid,

verwarring en gevoelens van vervreemding en contactverlies. Het geeft vaak een gevoel van kracht en controle. Dit gevoel duurt echter in de meeste gevallen niet lang; het maakt plaats voor schuld, schaamte, onmacht en vaak ook boosheid op zichzelf (Kool e.a., 2010).

In de literatuur worden verschillende modellen beschreven die verklaringen geven voor zelfbeschadigende gedrag (Klonsky, 2007). Affect-regulatie (1) is de meest genoemde reden door patiënten: de zelfbeschadiging wordt gebruikt om met name negatieve emoties te uiten en te reguleren (affectregulatiemodel). Anti-dissociatie (2) is een andere reden: zelfbeschadiging beëindigt gevoelens van dissociatie en depersonalisatie (anti-dissociatiemodel). Zelfbeschadiging wordt ook ingezet om de drang tot zelfdoding of pogingen daartoe te weerstaan (3) (anti-suïcidemodel). Sommige patiënten beschadigen zichzelf om mensen in hun omgeving te beïnvloeden (4) (omgevingsmodel). Soms hebben patiënten het gevoel te vervloeien met de (emoties van) mensen in hun omgeving en helpt zelfbeschadiging om hun identiteit en autonomie te bevestigen (5) (grensmodel). Zelfbestrafing, het uiten van boosheid of kleinering naar zichzelf, kan een reden zijn voor zelfbeschadiging (6) (zelfbestraffingsmodel). Tenslotte gebruikt een kleine groep patiënten zelfbeschadiging als manier om sensatie te zoeken (7) (sensatiezoekend model): het is een reactie op een sterke behoefte aan opwindning die om bevrediging vraagt (Klonsky, 2007; Kool, 2015).

Interventies bij zelfbeschadigend gedrag

Kool e.a. (2014) onderzocht de effecten van een trainingsprogramma op de attitude en self-efficacy van hulpverleners die zorgen voor patiënten die zichzelf beschadigen. Het basisprincipe van dit programma is dat hulpverleners de relatie moeten begrijpen tussen enerzijds intense en ondragelijke gevoelens en zelfbeschadigend gedrag en anderzijds de moeite die patiënten die zichzelf beschadigen hebben in het omgaan met deze emoties. Een tweede principe van het programma is dat hulpverleners ook hun eigen gevoelens en percepties over zelfbeschadiging moeten begrijpen en hoe dit hun reactie op de patiënt beïnvloedt. Ervaringsdeskundigen speelden een grote rol bij de ontwikkeling en implementatie van het programma. Er werden significante verbeteringen in de attitude van hulpverleners naar patiënten die zichzelf beschadigen gevonden, evenals een verbeterde self-efficacy in de zorg voor patiënten die zichzelf beschadigen. Daarnaast werd een toename in de nabijheid van hulpverleners in hun relatie met patiënten gevonden.

Diagnostiek suïcidaal gedrag

De achterliggende factoren van suïcidaal gedrag kunnen geordend worden in een geïntegreerd model voor van stress-kwetsbaarheid (Goldney, 2008) en 'entrapment' (Williams et al., 2005) (Zie ook Richtlijn diagnostiek en behandeling Suïcidaal gedrag, 2012). Het model is gebaseerd op het uitgangspunt dat suïcidaal gedrag voortkomt uit

duurzame factoren die de individuele kwetsbaarheid verhogen of verlagen, in combinatie met stressoren die het suïcidaal gedrag 'losmaken' en onderhouden. Entrapment omvat het psychologische proces waarlangs kwetsbare individuen onder invloed van stressoren suïcidaal gedrag kunnen ontwikkelen. Bij iemand die kwetsbaar is voor het intens en heftig ervaren van gebeurtenissen in termen van 'vernedering', 'verlies' of 'afwijzing', kan verlies van zelfrespect en eigenwaarde optreden. Als dit wordt versterkt door een gebrek aan probleemoplossend vermogen, kan dit leiden tot een toestand van wanhoop en uitzichtloosheid. Er ontstaat een situatie van entrapment, oftewel 'in een val opgesloten zitten'. De persoon komt in een situatie waarin hij of zij zelf geen ontsnapping meer ziet en redding door anderen ook niet mogelijk acht, met suïcidaal gedrag tot gevolg. De toestand hangt vaak samen met psychiatrische stoornissen.

Acute suïcidaliteit

Chronisch suïcidaal patiënten kunnen ook (af en toe) onderhevig zijn aan acuut extra verhoogde suïcidaliteit. Boven op de continue crisis waarin deze patiënten verkeren, kunnen zich nog extra hevige crisissituaties voordoen. Het herkennen van en adequaat reageren op een acuut risico op suïcidaliteit bij patiënten waarbij sprake is van chronische suïcidaliteit, is uiteraard van wezenlijk belang. Naast tegenoverdracht is in de behandeling van chronisch suïcidaal gedrag het grootste risico dat acute dreiging wordt gemist. Bij 'acute op chronische suïcidaliteit' dient geduld plaats te maken voor actiebereidheid. De overgang van chronisch suïcidaal gedrag naar een acute fase kan worden onderkend door alert te zijn op afwijkingen van het patroon:

- er kan een andere stoornis ontstaan (bijvoorbeeld een comorbide depressie die zich ontwikkelt bij een patiënt met een borderline persoonlijkheidsstoornis), of toename van de ernst van de bestaande stoornis (toename van drankgebruik);
- de actualiteit van het leven van de patiënt verandert (bijvoorbeeld de moeder van een patiënt overlijdt; confrontatie met suicide van een medepatiënt);
- de werkrelatie wordt anders: een patiënt met wie een redelijk vruchtbare samenwerking is gegroeid, verslechtert weer sterk (Richtlijn diagnostiek en behandeling Suïcidaal gedrag, 2012).

Dwang en drangmaatregelen

Net als in de reguliere GGZ is het soms noodzakelijk, voor de veiligheid van de patiënt of derden, om ingrijpende maatregelen in te zetten. De Richtlijn Dwang en drang (2008) zegt het volgende over de toepassing van dwangmaatregelen: "De gedwongen toepassing van medicatie of elektroconvulsie therapie (ECT) is, als men afgaat op de evidentie uit de literatuur, niet alleen even effectief als de vrijwillige toepassing daarvan, maar er is ook geen bewijs voor een schadelijke invloed op de therapietrouw of voor het veroorzaken van

een posttraumatische stressstoornis (PTSS). Er zijn geen echte alternatieven die als gedwongen behandeling toepasbaar zijn.

Separatie is alleen in het kader van de toepassing van middelen en maatregelen een alternatief voor noodmedicatie. Uit onderzoek blijkt dat meer dan de helft van de patiënten de voorkeur geeft aan medicatie boven separatie, als noodingreep. Dat betekent echter ook, dat een substantieel deel van de patiënten de voorkeur geeft aan separatie boven noodmedicatie. Het is aangewezen dat te respecteren. Separatie is echter geen alternatief voor medicamenteuze dwangbehandeling: het therapeutische effect daarvan is zelfs nooit aannemelijk gemaakt: het is een beveiligingsmaatregel, die men soms noodgedwongen moet opnemen in het behandelplan als zij langer dan zeven dagen moet duren. Langer durende separaties wijzen op een vastgelopen of niet effectieve therapie en vragen uitgebreide evaluatie en een second opinion. Er komen steeds meer aanwijzingen dat separeren traumatisch kan werken en de oorzaak kan zijn van een PTSS. In het algemeen is het aan te bevelen de toepassing van middelen en maatregelen altijd te evalueren en zich af te vragen of het behandelplan niet moet worden gewijzigd, zodat dergelijke ingrepen voorkomen kunnen worden.”

In een rapport van IGZ (2011) worden de volgende maatregelen genoemd ter preventie van separaties:

- Beleid bij binnenkomst dat erop is gericht separatie te voorkomen. Verantwoord beleid houdt bijvoorbeeld in dat bij opname van een patiënt altijd een nieuwe afweging over separatie plaatsvindt, ook al is deze al door een verwijzer geïndiceerd.
- Scholing en deskundigheidsbevordering voor alle medewerkers rondom het voorkomen van separatie.
- Het gebruik van besluitvormingsprotocollen: actief gebruik van dit protocol voorkomt dat beslissingen om tot separatie over te gaan onzorgvuldig worden genomen en dat men onvoldoende kijkt naar alternatieven.
- Evaluatie van de separatie met de patiënt: uitkomsten van patiëntevaluaties kunnen belangrijke informatie opleveren voor de preventie van separeren.
- Evaluatie van de separatie binnen team.
- Evalueren van separaties binnen de instelling en terugkoppeling van de resultaten naar het behandelteam.
- Het werken met signaleringsplannen: dit kan helpen bij het vroegtijdig herkennen van gedrag bij een patiënt dat uiteindelijk kan leiden tot separatie.

Uit onderzoek blijkt dat 'overall performance' van teams geassocieerd is met de mate van toepassing van dwangmaatregelen (dwangmedicatie, separatie e.d.) (Bowers e.a., 2011). Overall performance werd in dit onderzoek geoperationaliseerd als goed leiderschap, teamwork/samenwerking, structuur, attitude ten opzichte van patiënten en lage burn-out. Hoe beter de overall performance, des te minder dwangmaatregelen werden toegepast (Bowers e.a., 2011).

Bijlage 2 Wat zeggen de relevante richtlijnen?

In de tekst van deze werkbeschrijving wordt op diverse plekken naar de Multidisciplinaire Richtlijnen verwezen. Tijdens het schrijven is het meest gebruik gemaakt van aanbevelingen en conclusies uit de volgende Richtlijnen:

- Richtlijn voor de diagnostiek en behandeling van volwassen patiënten met een persoonlijkheidsstoornis (2008).
- Multidisciplinaire Richtlijn schizofrenie (2012).
- Multidisciplinaire Richtlijn diagnostiek en behandeling Suïcidaal gedrag (2012).
- Multidisciplinaire Richtlijn Somatische screening bij mensen met een ernstige psychische aandoening (2015).
- Multidisciplinaire richtlijn Leefstijl bij mensen met een ernstige psychische aandoening (2015).

Hoe komen deze aanbevelingen en conclusies tot stand?

De Multidisciplinaire richtlijnen zijn voor zover mogelijk gebaseerd op bewijs uit gepubliceerd wetenschappelijk onderzoek. Relevante artikelen worden gezocht door het verrichten van systematische zoekacties. Er wordt gebruik gemaakt van databases voor wetenschappelijke artikelen, zoals PsycINFO-, Medline-, Cochrane-, Embase- en Cinahldatabases. Daarnaast worden artikelen uit referentielijsten van opgevraagde literatuur gehaald. Alle wetenschappelijke conclusies in de richtlijnen zijn geformuleerd op basis van recente literatuur. Wanneer aanwezig worden ook andere (buitenlandse) richtlijnen geraadpleegd. De geselecteerde artikelen worden door de werkgroepleden, betrokken bij een specifieke richtlijn, beoordeeld op kwaliteit van het onderzoek en gegradeerd naar mate van bewijskracht.

De beoordeling van de verschillende artikelen is in de richtlijn terug te vinden onder het kopje 'Wetenschappelijke onderbouwing'. Het wetenschappelijke bewijs is vervolgens kort samengevat in een conclusie, met daarbij een niveau van bewijs. Om te komen tot een aanbeveling zijn er naast het wetenschappelijk bewijs nog andere aspecten van belang, zoals patiëntenvoorkeuren, kosten, beschikbaarheid (in verschillende echelons) of organisatorische aspecten. Deze aspecten worden vermeld onder het kopje 'Overige overwegingen'. Dit zijn overwegingen die geformuleerd worden door werkgroepleden of externe deskundigen, dus niet gebaseerd op wetenschappelijk onderzoek. De aanbevelingen zijn het resultaat van het beschikbare bewijs en de overige overwegingen. Het volgen van deze procedure verhoogt de transparantie van de richtlijn. Het biedt ruimte voor een efficiënte discussie tijdens de richtlijnwerkgroep vergaderingen en vergroot bovendien de helderheid voor de gebruiker van de richtlijn.

Relevante richtlijnconclusies en aanbevelingen

Om de leesbaarheid van de werkbeschrijving te behouden zijn niet alle relevantie conclusies en aanbevelingen letterlijk in de tekst geplaatst. Hieronder zijn zij wel allemaal te vinden.

Relationeel werken

Er zijn aanwijzingen dat de kwaliteit van de therapeutische alliantie een voorspellende waarde heeft wat betreft behandeluitkomsten en herstel (Richtlijn Persoonlijkheidsstoornissen, 2008).

Er zijn aanwijzingen dat het aanbieden van een training interactievaardigheid niet leidt tot een kwalitatief betere therapeutische alliantie (Richtlijn Schizofrenie, 2012).

Screening en diagnostiek

Er zijn aanwijzingen dat classificatie van de specifieke DSM-persoonlijkheidsstoornissen op basis van een enkelvoudig klinisch interview slechts matig betrouwbaar is (Richtlijn Persoonlijkheidsstoornissen, 2008).

Er zijn aanwijzingen dat de semi-gestructureerde interviews SCID-II, IPDE en SIDP-IV een redelijke tot goede interbeoordelaarsbetrouwbaarheid hebben voor de classificatie van persoonlijkheidsstoornissen (Richtlijn Persoonlijkheidsstoornissen, 2008).

Er zijn aanwijzingen dat zelfrapportagelijsten een redelijke test-hertest -betrouwbaarheid hebben, maar in overdiagnostiek resulteren ten opzichte van semi-gestructureerde interviews (Richtlijn Persoonlijkheidsstoornissen, 2008).

Er zijn aanwijzingen dat de semi-gestructureerde interviews PCL-R, DIB en BPDSI beschikken over een redelijke tot goede betrouwbaarheid en ze lijken daarmee goede instrumenten voor (aanvullende) diagnostiek van specifieke persoonlijkheidsstoornissen (Richtlijn Persoonlijkheidsstoornissen, 2008).

De DSM-IV voorziet slechts in een beperkte 'dekking' van patiënten met persoonlijkheidsproblemen; veel mensen die daarvoor wel hulp nodig hebben, komen niet in aanmerking voor een formele diagnose op As-II (Richtlijn Persoonlijkheidsstoornissen, 2008).

Er zijn geen aanwijzingen dat andere classificatiesystemen meer valide zijn dan het classificatiesysteem van DSM-IV (Richtlijn Schizofrenie, 2012).

De werkgroep is van mening dat het zinvol is om bij iedere patiënt bij wie men een schizofrene stoornis vermoedt, een semigestructureerd diagnostisch interview af te nemen (cash, scan, scid),

omdat deze procedure de kans op foutieve diagnostiek verkleint en soms nog belangrijke aanvullende informatie oplevert (Richtlijn Schizofrenie, 2012).

Bij een dergelijk semigestructureerd interview moeten minimaal de volgende onderwerpen aan bod komen: stemmingsstoornis, drugsgebruik, wanen, hallucinaties, formele denkstoornis, bizar gedrag, negatieve symptomen (Richtlijn Schizofrenie, 2012).

Als de symptomen in belangrijke mate veranderen, is het raadzaam het diagnostische interview te herhalen en de diagnose zo nodig te wijzigen (Richtlijn Schizofrenie, 2012).

Risico-analyse

Voor (ambulante) patiënten bij wie geregeld een crisis dreigt, is het maken/hebben van een crisisplan en/of crisiskaart waardevol. Dit kan voorkomen dat iemand in crisis raakt of, als iemand al in crisis is, voorkomen dat verkeerde hulp geboden wordt (Richtlijn Persoonlijkheidsstoornissen, 2008).

Patiënten spreken dikwijls met hun hulpverlener over hun gevoelens, zoals bijvoorbeeld angsten, suïcidale gedachten, (drang tot) zelfbeschadiging, alcohol- of drugsmisbruik of een eventuele doodswens. Het is van belang om dat te kunnen doen zonder dat dit automatisch leidt tot sancties, zoals een onvrijwillige opname. Als de patiënt het idee heeft dat deze gevoelens en gedachten onbespreekbaar zijn, kunnen de spanningen toenemen en kunnen de gevoelens en gedachten sterker worden. De hulpverlener moet alert zijn op het verschil tussen praten over gevoelens en gedachten met het doel de spanning te doen afnemen en suïcidale gedachten die direct levensgevaar opleveren (Richtlijn Persoonlijkheidsstoornissen; Miller, 2004).

Verpleegkundig handelen

Er zijn aanwijzingen dat verpleegkundige interventies op cognitieve en inzichtgevende basis effectief zijn bij de bestrijding van zelfverwondend gedrag (Richtlijn Persoonlijkheidsstoornissen, 2008).

Er zijn aanwijzingen dat kennis en inzicht over 'moeilijk gedrag', automutilatie en suïcidaal gedrag leidt tot een meer empathische houding van hulpverleners (Richtlijn Persoonlijkheidsstoornissen, 2008).

Het is aannemelijk dat ervaringsdeskundigen in multidisciplinaire teams als meer empathisch (validating) worden ervaren dan traditionele hulpverleners.

Ook zijn er aanwijzingen dat wanneer ervaringsdeskundigen patiënten confronteren met disfunctioneel gedrag, dit tot meer vooruitgang bij patiënten leidt dan wanneer hulpverleners dit doen. Dit effect is vooral in de vroege fase van de behandeling zichtbaar (in de eerste zes maanden) (Richtlijn Schizofrenie, 2012).

Farmacotherapie

Het is aannemelijk dat atypische antipsychotica effectief kunnen zijn tegen impulsief en agressief gedrag bij patiënten met een borderlinepersoonlijkheidsstoornis, maar niet tegen suïcidaal of zelfverwondend gedrag (Richtlijn Persoonlijkheidsstoornissen, 2008).

Het is aannemelijk dat het tricyclische antidepressivum amitriptyline bij patiënten met een borderlinepersoonlijkheidsstoornis een (paradoxe) toename kan geven van suïcidaal gedrag, paranoïde ideatie en claimend of vijandig gedrag (Richtlijn Persoonlijkheidsstoornissen, 2008).

Het is aangetoond dat MAO-remmers op korte termijn (weken) effectief zijn in de behandeling van angst, depressieve stemming, prikkelbaarheid en boosheid bij de borderlinepersoonlijkheidsstoornis (Richtlijn Persoonlijkheidsstoornissen, 2008).

Het is aannemelijk dat SSRI's een vermindering kunnen bewerkstelligen van impulsiviteit, agressie, prikkelbaarheid en vijandigheid, en het algeheel functioneren kan verbeteren bij patiënten met een borderlinepersoonlijkheidsstoornis, met name bij mannelijke patiënten. Er zijn voornamelijk onvoldoende aanwijzingen dat SSRI's ook bij vrouwelijke patiënten een dergelijk effect sorteert (Richtlijn Persoonlijkheidsstoornissen, 2008).

Er zijn aanwijzingen dat lithium bij patiënten met een borderlinepersoonlijkheidsstoornis symptomen van boosheid en suïciditeit kan verminderen (Richtlijn Persoonlijkheidsstoornissen, 2008).

Het is aannemelijk dat carbamazepine niet effectief is ten aanzien van impulsief gedrag of affectieve symptomen bij de borderlinepersoonlijkheidsstoornis (Richtlijn Persoonlijkheidsstoornissen, 2008).

Het is aannemelijk dat valproïnezuur verlichting kan geven ten aanzien van agitatie en impulsief-agressief gedrag bij patiënten met een borderlinepersoonlijkheidsstoornis, en ook een verbetering van de stemming en het algeheel functioneren (Richtlijn Persoonlijkheidsstoornissen, 2008).

Het is aannemelijk dat lamotrigine bij de borderlinepersoonlijkheidsstoornis een afname kan bewerkstelligen van boosheid en/of impulsief-agressief gedrag (Richtlijn Persoonlijkheidsstoornissen, 2008).

Het is aangetoond dat topiramaat bij patiënten met een borderlinepersoonlijkheidsstoornis een afname kan geven van overmatige boosheid en agressief gedrag, evenals een verbetering van het algeheel functioneren (Richtlijn Persoonlijkheidsstoornissen, 2008).

Er zijn aanwijzingen dat alprazolam bij patiënten met een borderlinepersoonlijkheidsstoornis kan leiden tot ernstige gedragsontregeling in de vorm van suïcidaal, zelfverwondend of agressief gedrag (Richtlijn Persoonlijkheidsstoornissen, 2008).

Er zijn aanwijzingen dat opiaatantagonisten ondersteunend kunnen zijn bij het onder controle houden van zelfverwondend gedrag bij patiënten met een borderlinepersoonlijkeitsstoornis en dat een bij het automutieren voorkomende analgesie wordt opgeheven (Richtlijn Persoonlijkeitsstoornissen, 2008).

Er zijn aanwijzingen dat clonidine het gevoel van innerlijke spanning, drang tot zelfbeschadiging en bijbehorende dissociatieve klachten kan verminderen bij patiënten met een borderlinepersoonlijkeitsstoornis (Richtlijn Persoonlijkeitsstoornissen).

Het is aannemelijk dat omega-3-vetzuren bij patiënten met een borderlinepersoonlijkeitsstoornis een afname kunnen bewerkstelligen van depressieve klachten en overmatige agressie (Richtlijn Persoonlijkeitsstoornissen, 2008).

Effectiviteit en bijwerkingen tegen elkaar afwegend, komt de werkgroep tot andere aanbevelingen met betrekking tot impulsief en/of agressief gedrag (in afwezigheid van cognitief-perceptuele symptomen): (1) topiramaat; (2) fluoxetine (bij mannelijke patiënten) of valproïnezuur (beide seksen); (3) additie van een antipsychoticum (typisch of atypisch); (4) in aanhoudende ernstige gevallen kan lithiumadditie (als laatste keuze) worden overwogen. Pas op: alprazolam, amitriptyline en polyfarmacie kunnen impulsief gedrag juist ook induceren.

De resultaten van onderzoeken waar SSRI's, antipsychotica, lithium of MAO-remmers zijn gebruikt in de hoop boosheid, vijandigheid en prikkelbaarheid (zonder verlies van gedragscontrole) te verminderen, blijken controversieel. In tegenstelling tot de aanbevelingen in Soloffs algoritmen lijken topiramaat en valproïnezuur een meer adequate eerste of tweede keuze ten aanzien van dit symptoomdomein, zeker gezien het relatief milde bijwerkingenprofiel (Richtlijn Persoonlijkeitsstoornissen, 2008).

Het is aannemelijk dat bij patiënten met klinisch significante vijandigheid en agressie clozapine, in gebruikelijke klinisch toegepaste doseringen, vergeleken met andere antipsychotica een relatief sterk gunstig effect op deze symptomen heeft (Richtlijn Schizofrenie, 2012).

Er zijn aanwijzingen dat clozapine - vergeleken met andere antipsychotica - een gunstig effect heeft op suïcidaliteit. (niveau 3) Er zijn aanwijzingen dat patiënten die antipsychotica blijven gebruiken, minder agressief zijn dan patiënten die stoppen met antipsychotica (Richtlijn Schizofrenie, 2012).

Non-verbale therapie

De werkgroep Persoonlijkeitsstoornissen is van mening dat vaktherapie haar waarde in de praktijk voldoende heeft aangetoond om een waardevol deel te zijn van behandlungsprogramma's voor patiënten met persoonlijkheidsstoornissen (Richtlijn Persoonlijkeitsstoornissen, 2008).

Betrekken van het systeem/systeme-interventies

Aanbevolen wordt de familie en directe anderen vanaf het begin van de diagnose/behandeling serieus te nemen en hun opvattingen en meningen te respecteren. Voor familie en directe anderen is deze houding van de hulpverlener van essentieel belang (Richtlijn Persoonlijkheidsstoornissen, 2008).

Bij het stellen van een diagnose is het van belang het complete beeld, inclusief omgevingsfactoren, van de individuele patiënt in kaart te brengen. Familieleden en directe anderen willen en kunnen een bijdrage leveren aan de diagnosestelling. Hulpverleners doen er dan ook goed aan om in voorkomende gevallen gebruik te maken van de informatie van familie en directe anderen (Richtlijn Persoonlijkheidsstoornissen, 2008).

Aanbevolen wordt om ouders die kinderen met problemen hebben serieus te nemen en hen een adequate begeleiding aan te bieden (Richtlijn Persoonlijkheidsstoornissen, 2008).

Aanbevolen wordt familieleden, partners en directe anderen voldoende informatie te verschaffen, zowel schriftelijk als mondeling, omtrent prognose en maatschappelijke consequenties voor patiënten en directe anderen. Hierbij is het belangrijk dat familieleden, partners en directe anderen contact hebben met een vaste contactpersoon (Richtlijn Persoonlijkheidsstoornissen, 2008).

Aanbevolen wordt tijdens de behandeling - indien gewenst en zoveel als mogelijk - gebruik te maken van de informatie van familieleden, partners en directe anderen (Richtlijn Persoonlijkheidsstoornissen, 2008).

Een interessante optie is om familieleden, partners en directe anderen door middel van systeemtherapeutische benaderingen te betrekken bij de behandeling van de patiënt. Aanbevolen wordt om familieleden, partners en directe anderen duidelijk te informeren over wat van hen verwacht wordt (Richtlijn Persoonlijkheidsstoornissen, 2008).

Het is belangrijk dat hulpverleners aandacht hebben voor reacties van familieleden, partners en directe anderen op de ziekte van hun naaste. Aanbevolen wordt om hen zo nodig adequate begeleiding aan te bieden.

Aanbevolen wordt om familieleden, partners en directe anderen met begrip te bejegenen en naar hen te luisteren. Hierbij kan het raadzaam zijn om familieleden, partners en directe anderen te informeren over hun rechten, hulp voor henzelf en de beste manier van omgang met de patiënt.

Aanbevolen wordt om familieleden, partners en directe anderen, indien gewenst, de cursus "Leren omgaan met Borderline" aan te bieden.

Aanbevolen wordt om kinderen en volwassenen met een ouder met borderline persoonlijkheidsstoornis te volgen in hun ontwikkeling en aandacht te geven vanuit de hulpverlening (Richtlijn Persoonlijkheidsstoornissen, 2008).

Gezinsinterventie moet worden aangeboden aan gezinnen die met een gezinslid met schizofrenie samenwonen, of daarmee nauw contact onderhouden. In het bijzonder gezinnen met een gezinslid met een recente terugval, een groot terugvalrisico, of blijvende symptomen, moeten er gebruik van kunnen maken. De behandeling kan begonnen worden in de acute fase of daarna, ook tijdens een ziekenhuisopname (Richtlijn Schizofrenie, 2012).

De gezinsinterventies moeten drie maanden tot een jaar worden aangeboden, minimaal tien zittingen bevatten en met het gezin en het psychotisch gezinslid erbij gegeven worden, hoewel dit niet altijd praktisch haalbaar zal zijn. De keuze voor individuele of juist groepsgezinsinterventie hangt af van de voorkeur van het gezin zelf (Richtlijn Schizofrenie, 2012).

De interventie moet een specifieke ondersteunende, educatieve of behandelfunctie hebben en probleemoplossing of crisismanagement omvatten (Richtlijn Schizofrenie, 2012).

Psychologische en psychotherapeutische interventies

Psychotherapie als behandelinterventie voor de brede range van persoonlijkheidsstoornissen geniet verreweg de meeste empirische steun. De bewezen werkzaamheid betreft een brede range van behandeldoelen. Het is aangetoond dat individuele ambulante psychotherapieën met verschillende theoretische (bijvoorbeeld cognitief-gedrags-therapeutische of psychodynamische) oriëntaties werkzame interventies zijn voor de reductie van symptomen en persoonlijkheidspathologie en het verbeteren van het sociaal functioneren bij patiënten met uiteenlopende

Persoonlijkheidsstoornissen (Richtlijn Persoonlijkheidsstoornissen, 2008).

De werkzaamheid van een psychotherapeutische behandeling bij persoonlijkheidsstoornissen wordt niet bepaald door de specifieke theoretische oriëntatie, als wel door de consistente toepassing van een coherent en vooral ook een voor beide partijen begrijpelijk therapiemodel. Er moet dus wel een eenduidig model worden gekozen, want deze vormt het kader waarbinnen en de taal waarmee met de patiënt wordt gecommuniceerd (Richtlijn Persoonlijkheidsstoornissen, 2008).

Het is aangetoond dat dialectische gedragstherapie een werkzame behandeling is voor de reductie van crisisopnames en symptomen (met name suïcidaliteit, zelfbeschadigend en ander risicovol gedrag) en het verbeteren van het sociaal functioneren bij patiënten met een borderlinepersoonlijkheidsstoornis (Richtlijn Persoonlijkheidsstoornissen, 2008).

Dialectische gedragstherapie heeft een positief effect op interpersoonlijk functioneren bij de borderlinepersoonlijkheidsstoornis en kan door meerdere disciplines uitgevoerd worden (Richtlijn Persoonlijkheidsstoornissen, 2008).

Het is aannemelijk dat schemagerichte therapie een werkzame behandeling is voor de reductie van symptomen en persoonlijkheidspathologie en het verbeteren van het sociaal functioneren bij patiënten met een borderlinepersoonlijkheidsstoornis (Richtlijn Persoonlijkheidsstoornissen, 2008).

Er zijn aanwijzingen dat cognitieve therapie een werkzame behandeling is voor de reductie van symptomen en persoonlijkheidspathologie en het verbeteren van het sociaal functioneren bij patiënten met borderlinepersoonlijkheidsstoornis (Richtlijn Persoonlijkheidsstoornissen, 2008).

Het is aannemelijk dat tijdgelimiteerde groepsvaardigheidstrainingen, zoals de Systems Training for Emotional Predictability and Problem Solving (STEPPS), werkzame behandelingen zijn voor het verminderen van symptomen en persoonlijkheidspathologie bij patiënten met een borderlinepersoonlijkheidsstoornis (Richtlijn Persoonlijkheidsstoornissen, 2008).

Het is aannemelijk dat kortdurende groepsgedragstherapie een werkzame interventie is voor het reduceren van symptomen en persoonlijkheidspathologie bij patiënten met een ontwijkende persoonlijkheidsstoornis (Richtlijn Persoonlijkheidsstoornissen, 2008).

Psychomotorische therapie heeft mogelijk een gunstig effect op de agressie- en impulsregulatie bij patiënten met een persoonlijkheidsstoornis met dergelijke problematiek (Richtlijn Persoonlijkheidsstoornissen, 2008).

Het is aannemelijk dat mentalization-based therapie, transferencefocused therapie, schema-focused therapie en interpersoonlijke psychodynamische therapievormen effectief zijn in de behandeling van suïcidaal gedrag bij patiënten met een borderline persoonlijkheidsstoornis (Richtlijn Suïcidaal Gedrag, 2012).

Er zijn aanwijzingen dat cognitieve gedragstherapie gericht op suïcidaal gedrag werkzaam kan zijn in de behandeling van suïcidale patiënten met een borderline persoonlijkheidsstoornis (Richtlijn Suïcidaal Gedrag, 2012).

Het is aannemelijk dat dialectische gedragstherapie (DGT) effectief is in de behandeling van suïcidaal gedrag c.q. zelfbeschadigend gedrag bij vrouwelijke patiënten met borderline persoonlijkheidsstoornis (Richtlijn Suïcidaal Gedrag, 2012).

Comorbiditeit

Het is aannemelijk dat bij de combinatie van borderlinepersoonlijkheidsstoornis en verslaving een verhoogde kans op suicidaliteit bestaat (Richtlijn Persoonlijkheidsstoornissen, 2008).

Het is aannemelijk dat de combinatie antisociale persoonlijkheidsstoornis en verslaving effectief behandeld kan worden met verschillende vormen van psychotherapie, zowel bij mannen als bij vrouwen. Bij een comorbide depressieve stoornis neemt de kans op een gunstig behandelresultaat toe (Richtlijn Persoonlijkheidsstoornissen, 2008).

Het is aannemelijk dat farmacologische behandeling met een antidepressivum effectief is bij mannelijke patiënten bij wie sprake is van een combinatie van antisociale persoonlijkheidsstoornis, alcoholproblematiek en een comorbide stemmingsstoornis (Richtlijn Persoonlijkheidsstoornissen, 2008).

Somatiek

Er is geen wetenschappelijk bewijs beschikbaar uit gerandomiseerde studies of uit observationeel onderzoek dat een algemene somatische screening bijdraagt aan de lichamelijke gezondheid en de kwaliteit van leven van mensen met een ernstige psychische aandoening (Richtlijn Somatische screening, 2015)

Het gebruik van antipsychotica kan gepaard gaan met veel bijwerkingen. Goede, systematische monitoring kan leiden tot eerdere herkenning van ongewenste bijwerkingen en, indien nodig, bijstellen van het behandelbeleid (Richtlijn Somatische screening, 2015).

De SRA-vragenlijst (SRA-74 en SRA-34) lijkt bruikbaar in de klinische praktijk voor medicatiemonitoring, zeker in de verkorte versie (SRA-34; afnametijd is 10 minuten), met een goede interne consistentie.

Voor de effectiviteit van de overige geïnventariseerde screeningsinstrumenten bestaat er geen wetenschappelijke evidentie (Richtlijn Somatische screening, 2015).

Literatuurlijst

Ainsworth M.S. & Bowlby J (1991). An ethological approach to personality development. *American Psychologist*, 46, 333-341.

APA. (2003). Practice guideline for the assessment and treatment of patients with suicidal behaviors. Washington, DC: American Psychiatric Association.

Anderson T., Knobloch-Fedders L.M., Stiles W.B., Ordonez T. & Heckman B.D. (2012). The power of subtle interpersonal hostility in psychodynamic psychotherapy: A speech acts analysis. *Psychotherapy Research*, 22, 348-362.

Anthony W. (1993). Recovery from mental illness; The guiding vision of the mental health service system in the 1990s. *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 16(4):11-23.

Baart A. (2001). Een theorie van de presentie. Utrecht: Lemma.

Baart A., Van Dijke J., Ouwerkerk M., & Beurskens E. (2011). *Buigzame zorg in een onbuigzame wereld, presentie als transitiekracht*. Den Haag: Boom Lemma Uitgevers.

Baart, A. & Carbo, C. (2013) De zorgval. Amsterdam: uitgeverij Thoeoris.

Blackburn R. & Renwick, S.J. (1996). Rating Scales for Measuring the Interpersonal Circle in Forensic Psychiatric Patients, *Psychological Assessment*, 8, 76-84.

Binder J.L. & Strupp H.H. (1997). Negative Process: A Recurrently Discovered and Underestimated Facet of Therapeutic Process and Outcome in the Individual Psychotherapy of Adults. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 4, 121-139.

Björkly S. (2006). Empirical evidence of a relationship between insight and risk of violence in the mentally ill - A review of the literature. *Aggressive and Violent Behaviour* 11, 414-423.

Björkly S. & Havik O.E. (2003). TCO symptoms as markers of violence in a sample of severely violent psychiatric inpatients. *International Journal of Forensic Mental Health*, 2(1), 87-97.

Boeckhorst F. (2003). Duivelse spiralen. Werkboek voor meervoudig-systemisch denken in de sociale psychiatrie [Devilish spirals. Working book for multiple-system thinking in social psychiatry]. Warnsveld, The Netherlands: GGNet.

Bøgwald K.P. (2001). Do patients and their therapists agree on the content of treatments? *Journal Nervous of Mental Disease*, 189, 830-7.

Bos M., Kool-Goudzwaard N., Gamel C.J., Koekkoek B., & Van Meijel B. (2012). The treatment of 'difficult' patients in a secure unit of a specialized psychiatric hospital: the patient's perspective. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 19, 528-535.

Bosman M. & Van Meijel B. (2009). *Begeleiding van patiënten die zelfverwonden; een verpleegkundige interventiepakket*. Maarssen: Elsevier gezondheidszorg.

Bowers L., Nijman H., Simpson A., & Jones J. (2011). The relationship between leadership, teamworking, structure, burnout and attitude to patients on acute psychiatric wards. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 46, 143-148.

Bransen E. & van Mierlo F. (2007). *Psycho-educatie voor familieleden van mensen met schizofrenie - Een onderzoek naar de uitvoering, effectiviteit en implementatie van de psychoeducatie cursus in de preventieve GGZ*. Utrecht: Trimbos-instituut.

Brouwers E.P.M., van Gestel-Timmermans J.A.W.M. & van Nieuwenhuizen, Ch. (2013). *Herstelgerichte zorg in Nederland: modegril of daadwerkelijke verandering?* *Psychopraktijk*, 4, 14-17.

Cavanagh J.T.O., Carson A.J., Sharpe M. e.a. (2003). Psychological Autopsy Studies of Suicide: A Systematic Review. *Psychological Medicine*, 33, 395-405.

Claes L. & Vandereycken W. (2007). Self-injurious behavior: differential diagnosis and functional differentiation *Comprehensive Psychiatry*. 48, 137- 144.

Colson D.B., Allen J.G., Coyne L., Deering D., Jehl N., Kearns W., & Spohn H. (1985). Patterns of staff perception of difficult patients in a long-term psychiatric hospital. *Hosp Community Psychiatry*, 36, 168-72.

Colson D.B. (1990). Difficult patients in extended psychiatric hospitalization: a research perspective on the patient, staff and team. *Psychiatry*, 53, 369-382.

Corrigan P.W., Salzer M., Ralph R.O., Sangster Y. & Keck L. (2004). Examining the Factor Structure of the Recovery Assessment Scale. *Schizophrenia Bulletin*, 30, 1035-1041.

Cowin L., Davies R., Estall G., Berlin T., Fitzgerald M., & Hoot S. (2003). De-escalating aggression and violence in the mental health setting. *International Journal of Mental Health Nursing*, 12, 64-73.

Cuijpers J.P.M., van Oorsouw W.M.W.J., Hendriks A.H.C., & Embregts (2015). De samenwerkingsrelatie tussen patiënt en hulpverlener in een Kliniek Intensieve Behandeling: een verkennende studie. *GZ-psychologie*, 4, 10-19.

Daffern M., Howells K., & Ogloff J.R.P. (2006). What's the point? Towards a methodology for assessing the function of psychiatric inpatient aggression. *Behavior Research and Therapy*, 45, 101-111.

Daffern M., Day A., & Cookson A. (2012). Implications for the Prevention of Aggressive Behavior Within Psychiatric Hospitals Drawn From Interpersonal Communication Theory. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, 56, 401-419.

Dawson D. & MacMillan H.L. (1993). Relationship management of the borderline patient. New York: Brunner/Mazel.

Dröes J. & Plooy A. (2012). Herstelondersteunende zorg in Nederland: vergelijking met de Engelstalige literatuur. In: J. Dröes & C.J. Witsenburg (red.). *Herstelondersteunende zorg, behandeling, rehabilitatie en ervaringsdeskundigheid als hulp bij herstel van psychische aandoeningen* (Passagecahier; pp. 99-110). Amsterdam: SWP.

Duncan B.L., Miller S.D., Sparks J.A., Claud D.A., Reynolds L.R., Brown J., & Johnson L.D. (2003). The Session Rating Scale: Preliminary psychometric properties of a "working" alliance measure. *Journal of Brief Therapy*, 3(1), 3-12.

Elwyn G, Laitner S, Coulter A, Walker E, Watson P, Thomson R. (2010) Implementing shared decision making in the NHS. *BMJ*; 341:c5146.

Elwyn G, Dehlendorf C, Epstein RM, Marrin K, White J, Frosch DL. (2014) Shared decision making and motivational interviewing: achieving patient-centered care across the spectrum of health care problems. *Ann Fam Med*. May-Jun;12(3):270-5.

Ernste D., & Visser S. (2002). Empathie als wapen in de strijd. De cliëntgerichte basisattitude in de "moeilijke" behandelingen [Empathy as weapon in battle. The client-

focused basic attitude in "difficult" treatment]. Tijdschrift Patiëntgerichte Psychotherapie, 40, 281–290.

Finfgeld-Connett, D. (2009). Model of therapeutic and non-therapeutic responses to patient aggression. *Issues in Mental Health Nursing*, 30, 530–537.

Fluttert F.A.J. (2010). Management of Inpatient Aggression in Forensic Mental Health Nursing. The application of the Early Recognition Method. Dissertation.

Gaskin C.J., Elsom S.J., & Happell B. (2007). Interventions for reducing the use of seclusion in psychiatric facilities. *British journal of psychiatry*, 191, 298–303.

Gestel-Timmermans, J.A.W.M. van (2011). Recovery is up to you: Evaluation of a peer-run course. Ridderkerk: Ridderprint.

Gestel J.A.W.M. van, Buitendijk J.H., Brouwers E.P.M. & van Nieuwenhuizen Ch. (2013). Persoonlijk herstel van patiënten in de maatschappelijke opvang: Een studie naar de uitvoerbaarheid en implementatie van de cursus 'Herstellen doe je zelf'. Tilburg: Stichting Maatschappelijke Opvang Traverse.

Gestel H. van, Place P., Vugt M. van, Rooijen S. van, & Nieuwenhuizen Ch. van (2014). Herstelondersteunende interventies voor forensisch psychiatrische patiënten met psychotische stoornissen: een overzicht van de wetenschappelijke evidentie. GGZ/Trimbos-instituut.

GGZ Nederland (2004). Betrokken omgeving. Modelregeling relatie ggz-instelling-naastbetrokkenen. Amersfoort: Patiëntenorganisaties/familieorganisaties/GGZ Nederland

Giesen-Bloo J., van Dyck R., Spinhoven P., van Tilburg W., Dirksen C., van Asselt T., & Arntz A. (2006). Outpatient psychotherapy for borderline personality disorder: Randomized trial of schema-focused therapy vs transference-focused psychotherapy. *Archives of General Psychiatry*, 63, 649–658.

Goldney D.R. (2008). Suicide prevention. Oxford: Oxford University Press.

Harte, J. & Breukink, M. (2010). Objectiviteit of schijnzekerheid? Kwaliteit, mogelijkheden en beperkingen van instrumenten voor risicotaxatie. *Tijdschrift voor Criminologie*, 1, 52–72.

Helm P. van der (2011). *First do no harm*. Phd-thesis. Amsterdam: Vrije Universiteit.

Hermens M., van Wetten H., & Sinnema H. (2010). Kwaliteitsdocument Ketenzorg bij suïcidaliteit. Aanbevelingen voor zorgvuldig samenwerken in de keten. Trimbos-instituut: Utrecht.

Hinshelwood, R.D. (1999). The difficult patient. The role of 'scientific psychiatry' in understanding patients with chronic schizophrenia or severe personality disorder. *British Journal of Psychiatry*, 174, 187-190.

Horvath A.O., Del Re A.C., Flückiger C., & Symonds D. (2011). Alliance in individual psychotherapy. *Psychotherapy*, 48, 9-16.

Ippel P. & Horn L. (1992). Richtlijnen voor een zorgvuldige communicatie tussen hulpverleners en familieleden van psychiatrische patiënten. Utrecht, Labyrint, In perspectief en Ypsilon.

Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) (2011). Terugdringen separeren stagneert, normen vereist rondom insluiting psychiatrische patiënten. Uitkomsten inspectieonderzoek naar de preventie van separeren 2008-2011. Utrecht.

Johnson M. & Delaney K. (2007). Keeping the unit safe: the anatomy of escalation. *Journal of the American Psychiatric Nurses Association*. 13, 42-52.

Johnson M.E. & Hauser P.M. (2001). The practices of expert psychiatric nurses: accompanying the patient to a calmer personal space. *Issues Ment Health Nurs.*, 22, 651-68.

James P.D. & Cowman S. (2007). Psychiatric nurses' knowledge, experience and attitudes towards clients with borderline personality disorder. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing* 14, 670-678.

Keijsers, Schaap, & Hoogduin, 2000 in Keijsers G.P.J. (2014). The great psychotherapy debate: Oratie. Maastricht University. Retrieved from UM Publications.

Kiesler D.J. (1987). *Manual for the Impact Message Inventory*. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press.

Klonsky E.D. (2007). The functions of deliberate self-injury: A review of the evidence. *Clin Psychol Rev.*, 27, 226-39.

Koekkoek B., van Meijel B., & Hutschemaekers G. (2006). 'Difficult patients' in mental health care: a review. *Psychiatric Services* 57, 795-802.

Koekkoek B.W. & Kaasenbrood A.J.A. (2008). Behandelen van chronische suïcidaliteit vraagt om risico nemen. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 50, 283-287.

Kool N., van Meijel B., Koekkoek B., & Kerkhof A. (2013). Evaluation of an Intensive Treatment Program for Disrupted Patient-Staff Relationships in Psychiatry. *Perspectives in Psychiatric Care*, 50, 139-146.

Kool N., Pollen W., & van Meijel B. (2010). Zelfbeschadigend gedrag. Klinische les. *Ned Tijdschr Geneeskd*. 2010;154:A1732.

Kool N., Van Meijel B., Koekkoek B., Van der Bijl J., & Kerkhof A. (2014). Improving communication and practical skills in working with inpatients who self-harm: a pretest/post-test study of the effects of a training programme. *BMC Psychiatry*, <http://www.biomedcentral.com/1471-244X/14/64>.

Kool N. (2015). 'Improving the management of self-harm in psychiatry'. Proefschrift. Hogeschool Inholland, de Vrije Universiteit en de afdeling Palier van de Parnassia Groep.

Koekkoek B., van Meijel B., Schene A., & Hutschemaekers G. (2009). Problems in psychiatric care of "difficult" patients: A Delphi-study. *Epidemiologia e Psichiatria Sociale*, 18, 323-330.

Lambert M.J., & Barley D.E. (2001). Research summary on the therapeutic relationship and psychotherapy outcome. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 38, 357.

Lancee W.J., Gallop R., & McCaye-Toner B. (1995). The relationship between nurses' limit setting styles and anger in psychiatric inpatients. *Psychiatric Services*, 6, 609-613.

Landelijke Stuurgroep Multidisciplinaire Richtlijnontwikkeling in de GGZ (2008). Multidisciplinaire Richtlijn Persoonlijkheidsstoornissen. Richtlijn voor de diagnostiek en

behandeling van volwassen patiënten met een persoonlijkheidsstoornis. Trimbos-instituut, Utrecht.

Leamy M., Bird V., Le Boutillier C., Williams J. & Slade M. (2011). Conceptual framework for personal recovery in mental health: systematic review and narrative synthesis. *British Journal of Psychiatry*, 199, 445-452.

Lyons-Ruth K & Jacobvitz D. (1999). Attachment disorganization: Unresolved loss, relational violence, and lapses in behavioural and attentional strategies. In: Cassidy J, Shaver PR, eds. *Handbook of attachment: Theory, research, and clinical applications*. New York, NY: Guilford Press; 1999:520-554.

Marder S.R., Essock S.M., Miller A.L., e.a. (2004). Physical health monitoring of patients with schizophrenia. *American Journal of psychiatry*, 161, 1334-1349.

Matthys W. (1999). Oppositioneel-opstandige en antisociale gedragsstoornissen in de kinderteeltijd: pathogenese, diagnostiek en behandeling. *Tijdschrift voor Psychiatrie* 41, 529-538.

Meekeren E. van & De Jong J. (1999). Het betrekken van de omgeving bij de behandeling van de borderlinepatiënt. *PsychoPraxis* 1, 30-36.

Werkgroep Richtlijnontwikkeling Algemene somatische screening & Leefstijl (2015). Multidisciplinaire richtlijn Somatische screening bij mensen met een ernstige psychische aandoening. Utrecht: V&VN.

Werkgroep Richtlijnontwikkeling Algemene somatische screening & Leefstijl (2015). Multidisciplinaire richtlijn Leefstijl bij mensen met een ernstige psychische aandoening. Utrecht: V&VN.

Meier P.S., Barrowclough C., & Donmall M.C. (2005). The role of the therapeutic alliance in the treatment of substance misuse: a critical review of the literature. *Addiction*, 100, 304-16.

Molewijk, B. (2010). Op goede manier aan ethiek doen. Van waaruit, waarom en waartoe Moreel Beraad? (pp. 35-48). In: Abma, T., Visse, M., Molewijk, B. & Widdershoven. G. (Eds.) *Reflectie en participatie in zorg*. Utrecht: Boom Lemma

Moradi, M., Brouwer, E., van den Bogaard, J. & van Nieuwenhuizen, Ch. (2008). Herstel. Vanuit verschillende perspectieven samen verder. *Tijdschrift voor Rehabilitatie*, 17, 37-45.

Morrison E.F. (1990) Violent psychiatric inpatients in a public hospital. *Scholarly Inquiry for Nursing Practice. An International Journal*, 4, 65-82.

Muralidharan S. & Fenton M. (2006). Containment strategies for people with serious mental illness. *Cochrane database of systematic reviews*, 3. Wiley Interscience.

Neale M.S., & Rosenheck R.A. (2000). Therapeutic limit setting in an Assertive Community Treatment Program. *Psychiatric Services*, 51, 499-505.

Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie (NVvP), Nederlands Instituut van Psychologen (NIP), Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland (V&VN) (2012). Multidisciplinaire Richtlijn diagnostiek en behandeling Suïcidaal gedrag. De Tijdstroom, Utrecht.

Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie (NVvP) (2012). Multidisciplinaire Richtlijn schizofrenie. De Tijdstroom, Utrecht.

Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie (NVvP) (2008). Richtlijn besluitvorming dwang: opname en behandeling. De Tijdstroom, Utrecht.

Nijman, H.L.I. (2002). A model of aggression in psychiatric hospitals. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 106, 142-143.

Nijman H.L.I., à Campo J.M.L.G., Ravelli D.P., & Merckelbach H.L.G.J. (1999). A tentative model of aggression on inpatient psychiatric wards. *Psychiatr Serv*, 50, 832-834.

Paris J. (2003). *Personality disorders over time*. Washington, DC: American Psychiatric Press.

Price O., Baker J. Key components of de-escalation techniques: A thematic synthesis *International Journal of Mental Health Nursing* (2012) 21, 310-319.

Roberton T, Daffern M, Thomas S, & Martin T. (2012). De-escalation and limit-setting in forensic mental health units. *J Forensic Nurs.*, 8, 94-101.

Rooijen S. van & Neijmeijer L. (2014). In Profiel: Klinieken voor Intensieve Behandeling (KIB). Trimbos-instituut, Utrecht.

Saha S, Chant D, & McGrath J. (2007). A systematic review of mortality in schizophrenia: is the differential mortality gap worsening over time? *Arch Gen Psychiatry*, 64, 1123-31.

Safran J.D., Muran J.C., Samstag L., & Stevens C. (2001). Repairing therapeutic alliance ruptures. *Psychotherapy*, 38, 406-412.

Safran J.D., Muran J.C., & Eubanks-Carter C. (2011). Repairing alliance ruptures. *Psychotherapy*, 48, 80-87.

Sande R van de, Nijman HLI, Noorthoorn EO, Wierdsma AI, Hellendoorn E, van der Staak C, e.a. (2011). Aggression and seclusion on acute psychiatric wards: effect of short-term risk assessment. *Br J Psychiatry*, 199, 473-8.

Schaftenaar P. (2013). Een positief leerklimaat. In: van der Helm, P. Kröger, U. Schaftenaar, P. & van Vliet, J. *Leefklimaat in de klinische forensische zorg*. Amsterdam: SWP (167-174)

Schaftenaar P. (2015). De drie R-en revisited. *Tvz, tijdschrift voor verpleegkundig experts* 5, (48-51).

Shea S.C. (1998). The chronological assessment of suicide events: a practical interviewing strategy for the elicitation of suicidal ideation. *J Clin Psychiatry*, 59, 58-72.

Smith, A.J.M, Kleijn, W.Chr, Stevens, J.A. (2001). Een onderzoek naar werkstress bij traumatherapeuten. *Tijdschrift voor psychiatrie* 43, 1, 7-19.

Smith, A.J.M, Kleijn, W. Chr, Stevens, J.A. (2001) De posttraumatische stress-stoornis: bedrijfsrisico voor behandelaars? Een onderzoek naar werkstress bij traumatherapeuten. *Tijdschrift voor psychiatrie* 43 (2001) 1, 7-19]].

Sonneborn C.K.M.E. & Dijkstra J.B. (2003). Moeilijke psychiatrische patiënten. Een retrospectief follow-up-onderzoek. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 45, 5-14.

Tiihonen J., Lönqvist J., Wahlbeck K., Klaukka T., Niskanen L., Tanskanen A., & Haukka (2009). 11-year follow-up of mortality in patients with schizophrenia: a population-based cohort study (FIN11 study). *Lancet*, 374, 620-7.

Vatne S. & Fagermoen M.S. (2007). To correct and to acknowledge: two simultaneous and conflicting perspectives of limit-setting in mental health nursing. *J Psychiatr Ment Health Nurs.*, 14, 41-8.

Veen, N., Riemersma, M., Rusting, T., Sarucco, M., Starmans, R. en T. Zandi (Werkgroep addendum). (2015). Cultuursensitief addendum bij de Multidisciplinaire Richtlijn (MDR) Schizofrenie. Utrecht: Trimbos-instituut.

Vries Robbé, M. de, & de Vogel, V. (2014). SAPROF Interview Self-Appraisal (SAPROF-ISA). Zelfbeoordeling Beschermende Factoren. Utrecht: Van der Hoeven Kliniek.

Walravens T. & van Heugten T. (2012). Herstelgerichte ondersteuning binnen justitiële zorg. Ontwikkelen en implementeren van herstelgerichte detentie. Eindhoven: Walravens Zorgadvies & Ton van Heugten.

Wampold, B.E. (2001). The great psychotherapy debate. Models, methods, and findings. London: Lawrence Erlbaum.

Williams J.M.G., Crane C., Barnhofer T., & Duggan D. (2005). Psychology and suicidal behavior: Elaborating the entrapment model. In K. Hawton (Ed.), *Prevention and treatment of suicidal behaviour: From science to practice*. Oxford: Oxford University Press.

