Klinieken voor Intensieve Behandeling

In PROFIEL

VAN DER HOEVEN KLINIEK KIB

Palier
forensische & intensieve zorg

Inforsa

trajectum

DE WOEN SE POORT

Trimbos instituut

In profiel:

Klinieken voor Intensieve Behandeling (KIB)

Trimbos instituut
Netherlands Institute of Mental Health and Addiction

Colofon

Projectleiding
S. van Rooijen

Redactie
S. van Rooijen en L. Neijmeijer

Productiebegeleiding
Kathy Oskam

Omslagontwerp
Canon Nederland N.V.

Productie
Trimbos-instituut

Opdrachtgevers
KIB Eindhoven
KIB Inforsa
CIB Palier
KIB Van der Hoeven Kliniek
KIB Trajectum

Deze uitgave is te bestellen via www.trimbos.nl/webwinkel met artikelnummer **AF1247**

Trimbos-instituut
Da Costakade 45
Postbus 725
3500 AS Utrecht
T: 030-297 11 00
F: 030-297 11 11

@2014, Trimbos-instituut

Inhoud

Vooraf **5**

1 Introductie **7**

2 De kernfuncties van de KIB **9**
2.1 Herstel van de behandelsituatie 9
2.2 Consultatie en tijdelijke overname van zorg 10
2.3 Verwijzer als klant en samenwerkingspartner 11
2.4 Na behandeling wordt de cliënt weer terugverwezen 11
2.5 Deskundigheidsbevordering 12

3 Doelgroep **17**
3.1 Cliënten met ernstig ontwrichtend gedrag 17
3.2 De categorale KIB's: Van der Hoeven Kliniek en Trajectum 17
3.3 Indicaties en contra-indicaties 19

4 Behandelvisie en methodiek **25**
4.1 Behandelvisie 25
4.2 Opbouwen van een behandelrelatie 25
4.3 Eigen regie en verantwoordelijkheid 25
4.4 Nieuw perspectief bieden 26
4.5 Relationele benadering 26
4.6 Ondersteunend therapeutisch milieu 27
4.7 Onderscheidende methodische kenmerken 27

5 Huisvesting en medewerkers **35**
5.1 Faciliteiten 35
5.2 Healing environment 36
5.3 Medewerkers 37
5.4 Teamwork en professionaliteit 38

6 Behandelproces **45**
6.1 Aanmelding 45
6.2 Intake 45
6.3 Observatie en diagnostiek 46
6.4 Behandelplan 46
6.5 Behandelduur 48
6.6 Terug- of doorverwijzing en nazorg 48

7 Inhoud van de behandeling **55**
7.1 Behandelprogramma 55
7.2 Groepsaanbod en individuele kamerprogramma's 55
7.3 Therapie- en activiteitenaanbod 56
7.4 Pre-therapie 56
7.5 Verslaving 57
7.6 Veiligheid en de-escalerend werken 58

8 Toekomst KIB **59**
8.1 Succesfactoren en speerpunten voor de toekomst 59
8.2 Behandelvisie en methodiek 59
8.3 Veiligheid, signalering en voorkomen van ontwrichting 59
8.4 Consultatie en kennisdeling 60
8.5 Een sluitende zorgketen 60
8.6 Onderzoek 61

9 Tot besluit **63**

Contactgegevens **65**

Vooraf

Er zijn in Nederland vijf supraregionale klinische behandelcentra voor intensieve behandeling die bekend staan als KIB: Klinieken voor Intensieve Behandeling. Zij hebben het Trimbos-instituut gevraagd ondersteuning te bieden bij het opstellen van een profielbeschrijving. Dit, om het bijzondere karakter van de KIB's kenbaar te maken. De KIB's hebben in de loop der jaren veel expertise opgebouwd om cliënten met zeer complexe psychiatrische aandoeningen adequaat te behandelen en te begeleiden en binnen een bepaalde periode terug te plaatsen naar de verwijzende instellingen of andere passende vervolgvoorzieningen. Deze beschrijving is bedoeld voor ketenpartners en externe stakeholders en maakt duidelijk op welke doelgroep de KIB zich richt, hoe de samenwerking met ketenpartners vorm krijgt, vanuit welke visie de KIB's werken en hoe de behandeling vorm krijgt. De profielbeschrijving maakt duidelijk waar de KIB's voor staan en wat hen onderscheidt van de reguliere GGZ.

De profielbeschrijving is ontwikkeld op basis van uitgebreide interviews met behandelaars, verpleegkundigen, managers en verwijzers van samenwerkende ggz-instellingen. Ook zijn beleidsdocumenten en methodiekbeschrijvingen bestudeerd.
In deze beschrijving ligt de nadruk op de gemeenschappelijke kenmerken van de KIB's. Om recht te doen aan de verscheidenheid is van elke KIB een beschrijving opgenomen waarin wordt ingegaan op de specifieke kenmerken van de betreffende kliniek of het betreffende centrum.
De KIB's hebben ieder afzonderlijk maar ook gezamenlijk een bijzondere expertise. Deze expertise is zeer waardevol voor de verwijzende instellingen en ook voor andere organisaties die zorg verlenen aan cliënten met complexe problemen.

November 2013

1 Introductie

Anno 2013 beschikt Nederland over vijf Klinieken voor Intensieve Behandeling (KIB). Het betreft relatief kleine centra met een zeer specialistische behandelfunctie voor mensen die sterk ontregeld zijn en zodanig gedrag manifesteren dat zij hele afdelingen kunnen ontwrichten. De behandelrelatie raakt daardoor ernstig verstoord. Indien het ondanks alle inzet en inspanningen van hulpverleners en behandelaars niet meer lukt om die situatie te doorbreken, kunnen KIB's ondersteuning bieden. De KIB's bieden zeer intensieve behandeling en zijn erin gespecialiseerd om cliënten weer in balans te krijgen en te stabiliseren. Tevens hebben de KIB's veel expertise om goed om te gaan met ontwrichtend en zelfbeschadigend gedrag. Vanwege deze expertise bieden de KIB's advies en consult aan de verwijzende ggz-instellingen.

De KIB's zijn eind jaren tachtig ontstaan als gespecialiseerde voorziening voor mensen die vanwege hun sterk gedragsgestoorde en/of agressieve gedrag niet meer te handhaven en te behandelen waren binnen de reguliere GGZ. 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 gehandicapten (SGLVG). Trajectum maakt deel uit van De Borg, een landelijk samenwerkingsverband van vier erkende SGLVG-instellingen. Deze categorale voorzieningen hebben een landelijke functie. KIB Inforsa, Palier en Eindhoven werken in principe supraregionaal. Dit ligt niet heel strikt vast; in geval van wachtlijsten worden cliënten over en weer verwezen.

Tabel 1 De KIB's en hun werkgebieden

KIB	Onderdeel van	Plaats	Capaciteit	Werkgebied
KIB Inforsa	Arkin	Amsterdam	36 bedden (waarvan 9 uitsluitend voor Arkin)	Noord Holland, Friesland, Groningen, Drenthe, Overijssel
CIB Palier[1]	Parnassia Groep	Den Haag	24 / 27 bedden	Utrecht, Zeeland, Zuid Holland
KIB Eindhoven	De Woenselse Poort, onderdeel van concern GGzE	Eindhoven	24 / 26 bedden	Noord-Brabant, Limburg, Gelderland, Flevoland
KIB Trajectum	Trajectum	Boschoord	28 bedden	Landelijk; gespeciliseerd in SGLVG en forensische zorg
KIB Van der Hoeven Kliniek	De Forensische Zorgspecialisten	Utrecht en Amersfoort	52 bedden	Landelijk; gespeciliseerd in forensische zorg

De KIB's beschikken in totaal over 164 bedden (reguliere capaciteit, exclusief eventuele overbedden). Naast deze klinische capaciteit beschikken de KIB's ook over consultatieteams en in een enkel geval over een polikliniek (Palier).

[1] CIB staat voor Centrum voor Intensieve Behandeling

2 De kernfuncties van de KIB

2.1 *Herstel van de behandelsituatie*

KIB's zijn derdelijnsvoorzieningen. Zij bieden specialistische en zeer intensieve zorg aan cliënten die vaak al geruime tijd klinisch in behandeling zijn (geweest) in de reguliere GGZ, maar bij wie de behandeling desondanks gestagneerd is. Cliënten komen in aanmerking voor opname en behandeling in een KIB als er sprake is van zeer ernstige gedragsproblematiek en als gevolg daarvan een sterk ontwrichte behandelrelatie tussen de cliënt 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 recht komen. De crisis of de dreiging daartoe staan centraal waardoor het individuele contact met de cliënt onbedoeld op de achtergrond komt te staan. Belangrijkste doel van de KIB's is dan ook om de ongewenste patronen en negatieve spiralen te doorbreken, en de behandelrelatie weer te herstellen.

> *'Niet de crisis staat centraal maar de individuele ontwrichting. We willen de impasse in de behandeling zien te doorbreken vanuit een persoonsgerichte aanpak. Met de cliënt wordt besproken waarom de behandeling gestagneerd is en hoe de situatie weer vlot getrokken kan worden.'*

Voor cliënten kan een plaatsing in een KIB dubbele gevoelens oproepen. Een eerste reactie kan zijn dat de cliënt zich ontmoedigd voelt omdat de behandeling (opnieuw) is stuk gelopen. Maar in een ander opzicht kan een cliënt ook ontspanning ervaren, bijvoorbeeld omdat een ontstane permanente 'vechtrelatie' wordt doorbroken. De cliënt wordt ontzet uit een negatieve of gespannen behandelrelatie en komt terecht in een team dat in staat is om zich onbevangen op te stellen ten opzichte van de cliënt. Daardoor ontstaat er na verloop van tijd meestal ruimte voor cliënten om zichzelf weer te hernemen en te hervinden en ontstaat er ruimte voor persoonlijk herstel.

2.2 *Consultatie en tijdelijke overname van zorg*

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 consultteam ter plekke coaching bieden aan het betreffende team. Indien er sprake is van een dusdanig geëscaleerde situatie dat een consultatie onvoldoende uitkomst biedt, wordt meestal besloten tot klinische overname van de zorg. De cliënt wordt dan aangemeld bij de KIB en de indicatieprocedure wordt 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 cliënt 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 wordt uitgenodigd. Het team zal aldus bij zichzelf te rade moeten gaan, mede met het oog op het vervolgtraject als de cliënt vanuit de KIB wordt teruggeplaatst naar de verwijzende afdeling.

Om zicht te krijgen op de factoren die een rol hebben gespeeld in het vastlopen van de behandelrelatie, richten de KIB's hun interventies zowel op de cliënt als op het verwijzende behandelteam. Tijdens het verblijf op de KIB wordt beleid ontwikkeld om te voorkomen dat in de toekomst opnieuw een problematische behandelsituatie ontstaat. Het overdragen van dit beleid op het verwijzende behandelteam (consultatie) alsmede het toerusten van het team (coaching) behoort eveneens tot de kernfuncties van de KIB's.

Behandeling in de KIB kan kort- of langerdurend zijn, maar is altijd tijdelijk. Ook crisisinterventie en kortdurende observatie en diagnostisch onderzoek ter verkrijging van een *second opinion* behoren tot de functies van de KIB's.

In een aantal gevallen blijkt ambulante consultatie en coaching voldoende om de behandelrelatie te herstellen en is klinische overname niet nodig. De aard en intensiteit van ambulante consultatie kan variëren van enkele gesprekken met het behandelend team tot tijdelijke 'stationering' van een KIB-medewerker bij de desbetreffende ggz-instelling.

2.3 *Verwijzer als klant en samenwerkingspartner*

De KIB's staan ten dienste van de cliënt maar ook van het verwijzend behandelteam. Gedurende het verblijf van de cliënt op de KIB blijft het verwijzende behandelteam nauw betrokken. Behandelaars van de verwijzende ggz-instelling worden standaard uitgenodigd voor de behandelplanbesprekingen en blijven verantwoordelijk voor de vervolgbehandeling. Een actieve inzet van hun zijde wordt min of meer vanzelfsprekend geacht. Ook kunnen medewerkers van de KIB 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. De medewerker van de KIB kan met het team meedenken om te voorkomen dat gedragspatronen die eerder fnuikend bleken te zijn voor de behandelrelatie tussen cliënt 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. Dit is erg belangrijk omdat de ongewenste patronen zich maar al te dikwijls blijken te herhalen.

2.4 *Na behandeling wordt de cliënt weer terugverwezen*

Zodra de voorwaarden voor een goede voortzetting van de behandeling weer in voldoende mate aanwezig zijn en voorzien is in de behoeftes van de klant, draagt de KIB de behandeling over aan de verwijzende ggz-instelling of geeft de KIB een advies voor voortzetting van de behandeling elders. Terugverwijzingen worden altijd zorgvuldig en in overleg met de verwijzende ggz-instelling voorbereid. Overdracht vindt stapsgewijs plaats met voldoende handvatten voor cliënt en hulpverleners. Ook na terugverwijzing van de cliënt 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 cliënten 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 cliënten 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 cliënten 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.

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 cliënten met licht verstandelijke handicaps (SGLVG) beter niet terug verwezen kunnen worden naar de ggz-instelling waar zij vandaan komen. Een gespecialiseerde instelling voor (SG)LVG is dan meer aangewezen. Ook komt het soms voor dat cliënten 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 of het consultatieteam van de KIB.

2.5 *Deskundigheidsbevordering*

De KIB's hebben veel expertise opgebouwd om op constructieve wijze – lees: niet beheersmatig – om te gaan met agressie en ernstig probleemgedrag. Er is veel vraag vanuit ggz-instellingen in heel Nederland naar trainingen op dit gebied. In onderlinge samenwerking verzorgen de KIB's in Amsterdam, Den Haag en Eindhoven trainingen aan professionals van ggz-instellingen, gericht op het omgaan met ernstige gedragsproblematiek en het voorkomen van ontwrichting in de behandelrelatie. Trainingen kunnen ook incompany worden aangeboden. Het betreft een landelijke training die door de drie genoemde KIB's samen is ontwikkeld en wordt aangeboden.

Centrum Intensieve Behandeling Palier (CIB Palier)

Palier (Den Haag) is één van de zorgbedrijven van de Parnassia Groep en richt zich op forensische en intensieve zorg. Het CIB bestaat uit drie afdelingen: een gesloten afdeling (hierna CIB Gesloten), een open afdeling voor groepstherapie (hierna CIB Open) en een polikliniek (CIB Poli). Onderdeel van de CIB Poli is het topreferent traumacentrum (TRTC) van Palier. In dit verslag wordt voornamelijk ingegaan op CIB Open en CIB Gesloten. CIB Palier behandelt patiënten die afkomstig zijn uit de provincies Utrecht, Zeeland en Zuid-Holland. Op jaarbasis heeft CIB Palier ongeveer 70 aanmeldingen. Dit zijn zowel de crisisopnames van zes tot twaalf weken als de reguliere opnames van drie tot twaalf maanden.
CIB Palier heeft in totaal 24 bedden en drie overbedden. Sinds 2000 is dit onderverdeeld in tien bedden op CIB Open en maximaal zeventien bedden op CIB Gesloten. Binnen CIB Gesloten wordt onderscheid gemaakt tussen een kamerkant en een groepskant, waarbij de kamerkant een grotendeels individueel programma heeft en er bij de groepskant meer nadruk ligt op interactie in de groep.
Zowel overdag als ’s avonds zijn er ten minste vijf medewerkers in dienst, ’s nachts ten minste drie medewerkers. Op CIB Open is er tijdens kantooruren altijd een medewerker beschikbaar, buiten deze tijden kunnen de patiënten een beroep doen op de gesloten afdeling.
In het totaal zijn er inclusief CIB Poli 57 mensen werkzaam voor het CIB (46 FTE). Alle behandelaren en vaktherapeuten werken eveneens voor de CIB Poli en het TRTC, naast de werkzaamheden op de klinische afdelingen van het CIB.

Doelstelling
Het primaire behandeldoel van het CIB is het opheffen van ontwrichting. Dit gebeurt door middel van observatie, diagnostiek, crisisinterventie, advisering, consultatie en medicatie (waaronder ook ECT) of een combinatie van bovenstaande.

Ontwrichting is een ernstige verstoring van een behandelsysteem, waardoor de behandeling stagneert. Ontwrichting kan ontstaan in het contact met de patiënt én in het contact tussen de leden van het multidisciplinaire behandelteam. Een 'lastige' patiënt zorgt niet per definitie voor ontwrichting. Ook de reactie van de hulpverleners op het gedrag van de patiënt speelt een rol. Het doorbreken van ontwrichte situaties vergt veel geduld en zelfreflectie van teams en de teamleden. 'Lastig gedrag' kennen hulpverleners vaak alleen toe aan de patiënt. Maar er moet ook gekeken worden naar hoe hulpverleners zich opstellen. Ziektebeelden en probleemgedrag staan dan niet centraal, maar de interactie tussen de hulpverleners en de patiënt.

Doelgroep
Grofweg bestaat de patiëntenpopulatie van CIB Gesloten uit twee groepen. Enerzijds zijn dat patiënten met psychotische stoornissen (as-1) en anderzijds zijn dat patiënten met ernstige persoonlijkheidsstoornissen (as-2), dissociatieve stoornissen en trauma-gerelateerde problematiek. Vrijwel alle patiënten op CIB Gesloten zijn gedwongen opgenomen.

De open afdeling is gericht op twee groepen patiënten die buiten de boot bleken te vallen: een groep die aanvankelijk goed opknapt, maar de zorg nog moeilijk los kan laten. En een groep met extreme vormen van acting out waarbij beheersen de enige optie lijkt te zijn (voornamelijk borderline persoonlijkheidsstoornissen). Op de open afdeling kunnen deze mensen leren om meer verantwoordelijkheid te nemen en de spiraal van acting-out gedrag en beheersen te doorbreken. Verder kenmerken de patiënten van CIB Open zich door ernstige persoonlijkheidsstoornissen waarbij de problematiek ligt bij de interactie met de hulpverlening. Het merendeel van de patiënten heeft trauma's (seksueel misbruik, verwaarlozing, mishandeling etc.). Veel patiënten vertonen (extreem) zelfdestructief gedrag en zoeken vaak interactie met hulpverleners op een negatieve manier.

Intake
Instellingen kunnen doorverwijzen naar het CIB wanneer de behandeling van een patiënt gestagneerd is geraakt. De patiënt wordt besproken in een intake-vergadering. Wanneer iemand aangemeld wordt voor CIB Gesloten, wordt een intake op locatie gedaan door een behandelaar en verpleegkundige, of door twee verpleegkundigen. Bij CIB Open worden de aangemelde cliënten op het Centrum uitgenodigd voor hun intake. Een reguliere opname heeft een duur van drie tot twaalf maanden, soms ook langer. Mensen kunnen ook korter vanwege een ernstige crisis worden opgenomen. Deze opnames zijn om het team van de reguliere instelling tijdelijk te ontlasten en op adem te laten komen. De duur is ongeveer zes tot twaalf weken.

Behandelprogramma's

CIB Gesloten

Op CIB Gesloten zijn er twee therapieprogramma's: een voor de kamerkant en een voor de groepskant. Vaste onderdelen binnen deze programma's zijn de observatiegroep, activiteitenbegeleiding, sport en bewegen en de 24-uursgroep. Voor de groepskant zijn hier ook het patiënten-stafoverleg, de dagopening en dagsluiting aan toegevoegd. De therapieprogramma's zijn niet verplicht. Deelname wordt wel gestimuleerd en is continu een onderwerp van gesprek met de patiënt. De patiënten worden uitgenodigd en gemotiveerd om mee te doen, rekening houdend met hoeveel prikkels ze op dat moment in hun behandeling aankunnen en in overleg met de patiënt zelf. Patiënten worden behandeld binnen één van de volgende drie zorgpaden: Zorgpad Time-out, zorgpad Diagnostiek/Observatie en zorgpad Overname behandeling. Binnen het toegewezen zorgpad volgen patiënten (delen van) de hierboven genoemde therapieprogramma's.
Naast de therapieprogramma's heeft elke patiënt minimaal eens per week een individueel gesprek met zijn behandelaar, eens per week een gesprek met een van zijn persoonlijk begeleiders en eens per week de mogelijkheid om naar het somatisch en psychiatrisch spreekuur te gaan.

CIB Open

Op CIB Open wordt klinische groepsbehandeling geboden. In de praktijk betekent dit een intensief verplicht groepstherapieprogramma met groepspsychotherapie, dramatherapie, beeldende therapie, psychomotore therapie en een aanbod van meerdere modules (zoals bijvoorbeeld Omgaan met boosheid en Omgaan met zelfbeschadiging). Ook voor CIB Open is er wekelijks een somatisch en psychiatrisch spreekuur.

Naast het groepsprogramma heeft elke patiënt individuele psychotherapie.

Afsluiting van de behandeling

Wanneer aan de verwijzersvraag is voldaan, wordt, in nauw overleg met de verwijzer, de terugplaatsing in gang gezet. Bij de overdracht vindt een uitgebreide kennisoverdracht plaats (warme overdracht). CIB Palier adviseert de verwijzende instellingen over de juiste manier van omgang met de patiënt. Daarbij wordt rekening gehouden met het feit dat het CIB veel meer faciliteiten heeft en meer personeel dan de instelling waar de patiënt naar terug gaat.

Voor CIB Open gelden dezelfde routes en afspraken als bij CIB Gesloten. Patiënten van CIB Open keren met grote regelmaat terug in de polikliniek, mede gezien hun problemen rond dissociatieve klachten waar het topreferent trauma centrum in gespecialiseerd is.

Kenmerken van CIB Palier

Hieronder staan de onderscheidende elementen van het CIB Palier puntsgewijs uitgeschreven:

- Ontwrichting: CIB Palier heeft erg goed zicht op de elementen van ontwrichting. Het team gaan daar niet op in door te beheersen maar kijkt goed naar wat daar nu achter schuil gaat. Door een cliënt 'over te nemen' die ontwricht is kunnen ze de verwijzende instelling tijdelijk ontzien.
- Veiligheid, structuur en samenwerken zijn de drie pijlers binnen CIB Gesloten: het personeel heeft veel te maken met ernstige agressie bij de cliënten en veiligheid staat dan voorop. Er kan veel structuur geboden worden aan cliënten.
- Intensieve, langdurige behandeling: alleen al gebouwtechnisch en vanwege de hoge personeelsbezetting kan het CIB Palier meer bieden dan de meeste reguliere ggz-afdelingen.
- Multidisciplinair en veel deskundigheid: de behandeling vindt multidisciplinair plaats. Alle vormen van behandeling en therapie sluiten integraal op elkaar aan en worden met alle deskundigheid die in huis is gegeven, op een zo persoonsgerichte manier als mogelijk.
- Aandacht voor het team: op het CIB Palier is heel veel aandacht voor de teams. Er wordt veel geëvalueerd en dingen worden bespreekbaar gemaakt.
- Tot slot kan gewezen worden op het aanbieden van een goed nazorgtraject voor zowel de open als de gesloten afdeling. De verwijzende instelling is en blijft verantwoordelijk voor de cliënt na uitstroom, maar die hebben vaak niet de benodigde middelen voorhanden; of kunnen onvoldoende uit de voeten met de geboden adviezen.

3 Doelgroep

3.1 *Cliënten met ernstig ontwrichtend gedrag*

De doelgroep van de KIB's bestaat uit volwassen cliënten met ernstige psychiatrische aandoeningen (EPA) in combinatie met gedragsproblemen en intensieve zorgbehoeftes. De cliënten verblijven vaak al geruime tijd in de klinische GGZ. Er is sprake van een zodanig problematische wisselwerking tussen de cliënt 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 ernstig 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 bij ernstige incidenten zelfs tot traumatisering. Vaak is ook de relatie met het bredere sociale systeem ernstig verstoord. Voorbeelden van ontwrichtend gedrag zijn: ernstig agressief en/of acting-out gedrag, seksueel grensoverschrijdend gedrag, suïcidaliteit, automutilatie/zelfbeschadiging en ernstig manipulatief gedrag.

Aan ontwrichtend gedrag kunnen verschillende ziektebeelden ten grondslag liggen. Op de KIB verblijven zowel cliënten met psychotische stoornissen (EPA) als ernstige persoonlijkheidsstoornissen, autismespectrum stoornissen, dissociatieve identiteitsstoornissen en traumagerelateerde problematiek. Veel cliënten hebben tevens verslavingsproblematiek. Vaak is er sprake van comorbiditeit en hebben verschillende diagnoses elkaar in het verleden afgewisseld.

3.2 *De categorale KIB's: Van der Hoeven Kliniek en Trajectum*

De KIB's Van der Hoeven Kliniek en Trajectum richten zich op een specifieke doelgroep en hebben een landelijk verzorgingsgebied. Net als de algemene KIB's bieden zij specialistische en zeer intensieve zorg aan een complexe doelgroep en ook bij hen staat het herstel van de behandelrelatie in principe voorop. Anders dan de algemene KIB's richten de categorale KIB's zich op een specifieke

doelgroep. Trajectum richt zich specifiek op cliënten met een licht verstandelijke beperking (IQ tussen 50 en 85) in combinatie met ernstige psychiatrische en/of gedragsproblematiek. Aan de basis van het vastlopen van de behandelrelatie ligt veelal de miskenning van de LVB-problematiek en de daarmee gepaard gaande overvraging van de cliënt. Tijdens behandeling op de KIB van Trajectum wordt nogal eens duidelijk dat de cliënt om een dermate specifieke aanpak en omgeving vraagt, dat herstel van de behandelrelatie en terugverwijzing naar de oorspronkelijke ggz-voorziening niet haalbaar of aangewezen is. Het primaire doel van de behandeling is dan het onderzoeken wat gezien de verstandelijke beperkingen een passende behandeling en begeleiding van de cliënt moet zijn en het zoeken naar een passende vervolgvoorziening, veelal eerst in intensieve vorm in een voorziening voor SGLVG in de verstandelijk gehandicaptenzorg.

De KIB van de Van der Hoeven Kliniek richt zich op cliënten die vanuit een psychiatrische stoornis ernstig agressief en/of (delict)gevaarlijk gedrag vertonen – zonder dat zij over een strafrechtelijke titel beschikken. Cliënten zijn afkomstig vanuit een klinische ggz- of forensische setting, maar komen ook van de straat. Het gaat dan om patiënten met ernstige psychiatrische aandoeningen, die vaak tevens verslaafd zijn en zorgmijdend. Ook bij veel KIB-cliënten van de Van der Hoeven Kliniek is het bieden van op het individu afgestemde behandeling en begeleiding en het zoeken naar een passende vervolgvoorziening het belangrijkste doel. De KIB biedt zorg aan een gedifferentieerde doelgroep en richt zich mede op cliënten die voorheen op straat verbleven, daar voor veel overlast zorgden en door hun gedrag buiten het bereik zijn van de reguliere GGZ en verslavingszorg. Bij deze cliënten wordt de zorg voor de cliënt volledig overgenomen, inclusief het nazorg- en resocialisatietraject.

De KIB's van de Van der Hoeven Kliniek en Trajectum richten zich zoals gezegd op een specifieke doelgroep. Ook bij deze cliënten staat het ontwrichtende gedrag centraal. De consultatiefunctie van deze KIB's richt zich niet zozeer op de verwijzende voorziening als wel op de vervolginstelling die de zorg overneemt.

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

3.3 *Indicaties en contra-indicaties*

Voor de KIB's gelden de volgende indicatiecriteria:

- leeftijd vanaf 18 jaar;
- langdurige ontwrichting van de behandelrelatie;
- meervoudige problematiek op as I (EPA) en/of as II;
- langer dan een jaar verblijvend in de GGZ.

De KIB is niet specifiek toegerust voor cliënten met ernstige somatische problemen en/of organische psychosyndromen. Indien de behandeling vanuit de KIB inhoudelijk wel goed aansluit, wordt in voorkomende gevallen gezocht naar mogelijkheden om dergelijke specifieke cliënten toch de benodigde behandeling te bieden, binnen de gegeven mogelijkheden.

KIB Trajectum

De KIB in Boschoord is onderdeel van Trajectum, een instelling voor behandeling en begeleiding van sterk gedragsgestoorde mensen met een lichte verstandelijke beperking en onbegrepen, risicovol gedrag. Trajectum heeft behandel- en verblijfsvoorzieningen en poliklinieken in het noorden en oosten van het land.

De KIB van Trajectum onderscheidt zich van de andere KIB's door zijn specifieke focus op de zogenaamde SGLVG-doelgroep die gekenmerkt wordt door ernstige gedragsstoornissen in combinatie met een licht verstandelijke beperking of zwakbegaafdheid (50>IQ<85) en een (zeer) laag sociaal emotioneel ontwikkelingsniveau. Vanwege deze specialisatie heeft de KIB van Trajectum heel Nederland als verzorgingsgebied.

KIB Trajectum is ontstaan in 2010 en beschikt over 28 bedden die over verschillende gesloten afdelingen van de (Forensisch) Psychiatrische Kliniek 'De Beuken' verspreid zijn waaronder een observatieafdeling. Binnen De Beuken worden ook cliënten in een strafrechtelijk kader behandeld. De cliënten hebben met elkaar gemeen dat zij zeer intensieve zorg en een relatief hoog niveau van toezicht of beveiliging nodig hebben. In totaal beschikt De Beuken over 86 bedden.

Doelstelling

KIB Trajectum biedt specialistische observatie, diagnostiek, stabilisatie en - op indicatie - behandeling aan cliënten met (een sterk vermoeden van) een licht verstandelijke beperking en ernstige gedragsproblematiek. Het gaat om cliënten die al geruime tijd klinisch in behandeling zijn in de reguliere GGZ, maar bij wie de behandeling aldaar vast is gelopen.

Na een fase van op de doelgroep toegesneden observatie en diagnostiek wordt een functioneringsprofiel opgesteld en beoordeeld wat de relatie is tussen de gedragsproblemen en de verstandelijke beperking. Er wordt ingezet op stabilisatie. De aanpak is er met name op gericht de gedragsproblemen te verminderen door de bejegening en omgeving beter aan de behoeftes en beperkingen van de licht verstandelijk beperkte cliënt aan te passen.

Als eindresultaat wordt een behandelplan en bijbehorende begeleidingsstijl opgesteld. Wanneer duidelijk wordt dat de cliënt vanwege zijn verstandelijke beperking veel beter kan functioneren in een orthopedagogische setting voor licht verstandelijk beperkte mensen dan in de reguliere GGZ, zal het advies zijn de cliënt aan te melden voor een behandel- of verblijfsplek in de (SGLVG) gehandicaptenzorg.

Gedurende de eventuele overbruggingstijd of wachttijd zal de cliënt, op basis van de vooraf overeengekomen terugkeergarantie, in principe weer (tijdelijk) moeten terugkeren naar de verwijzende ggz-instelling. Trajectum biedt dan desgewenst coaching aan voor het begeleidingsteam van de betreffende instelling, zodat de zorg zo goed mogelijk wordt afgestemd en aansluit op de betreffende licht verstandelijk beperkte cliënt.

Doelgroep
De KIB van Trajectum richt zich specifiek op cliënten met een licht verstandelijke beperking (IQ tussen 50 en 85) in combinatie met ernstige psychiatrische en/of gedragsproblematiek.
De hypothese is dat ernstige gedragsproblematiek bij mensen met een licht verstandelijke beperking vaak het gevolg is van miskenning van hun behoeftes, overvraging en een andere focus binnen de diagnostiek. Wanneer cliënten in de reguliere GGZ vastlopen en er een verdenking is van een verstandelijke handicap, wordt getoetst of afstemming op de verstandelijke handicap de gedragsproblemen kan verminderen.

Voor cliënten van KIB Trajectum gelden de algemene indicatiecriteria: leeftijd vanaf 18 jaar, langdurige ontwrichting van de behandelrelatie, meervoudige problematiek en een eerder verblijf van minimaal een jaar in een reguliere klinische setting van de GGZ.
Alle cliënten worden opgenomen met een rechterlijke machtiging, omdat in verband met de verhoogde kans op noodzakelijke middelen en maatregelen en beperkingen in de behandeling, een BOPZ-status vereist is.

Medewerkers
De personele samenstelling is afgestemd op de specifieke doelgroep van KIB Trajectum. Rond iedere cliënt is een multidisciplinair begeleidingsteam gevormd, onder leiding van een orthopedagoog of GZ-psycholoog. Een persoonlijk sociotherapeutisch begeleider, een activiteitenbegeleider, vaktherapeuten, een psychiater en een maatschappelijk werker maken standaard deel uit van het team. Alle teamleden beschikken over ruime kennis en ervaring op het gebied van de orthopedagogiek, gericht op mensen met een verstandelijke beperking en op het gebied van de psychiatrie.

Verloop behandelproces
Aanmelding en intake
Aanmeldingen voor KIB Trajectum kunnen worden gedaan door ggz-instellingen in heel Nederland. Ook andere KIB-instellingen kunnen aanmelden/doorverwijzen.
Na aanmelding vindt een intake plaats op locatie, waarbij zowel het behandelend team als de cliënt zelf worden gesproken. Indien de cliënt voldoet aan de indicatiecriteria voor opname wordt hij zo spoedig mogelijk (ter observatie) opgenomen. De wachttijd kan oplopen tot enkele maanden.

Observatie en diagnostiek
Na opname volgt een periode van observatie en diagnostiek. Er wordt een functioneringsprofiel opgesteld waarbij zowel de psychiatrische problemen, de gedragsproblematiek alswel het verstandelijk en sociaal-emotioneel functioneren in kaart wordt gebracht.

Behandelplan
Afgestemd op de vragen van de aanmeldende ggz-instelling en in samenspraak met de cliënt en zijn sociale systeem, wordt eerst een observatie-, respectievelijk behandelplan opgesteld. Tijdens de observatie wordt een functioneringsprofiel opgesteld en richt de begeleiding zich op stabilisatie en regulatie. Naast het, zo mogelijk, vergroten van

vaardigheden, wordt de vermindering van gedragsproblemen vooral nagestreefd door de bejegening en de omgeving beter aan te passen op de mogelijkheden en (blijvende) beperkingen van de cliënt, zo nodig ondersteund door medicatie. Dit mondt uit in een passende en overdraagbare begeleidingsstijl ten behoeve van het (toekomstig) begeleidingsteam.
Na drie, en uiterlijk na zes maanden is er een eindbespreking van de observatieperiode, altijd in aanwezigheid van de verwijzende ggz-instelling. Daar wordt aan de hand van de beeldvorming besproken wat nog nodig is om tot een onderbouwd advies over de aanpak en begeleidingsstijl te komen en wordt een inschatting gemaakt over hoeveel tijd dit nog zal gaan vergen. Er wordt bekeken welk type vervolgvoorziening naar verwachting het beste perspectief biedt en hoe daar concreet naartoe gewerkt kan worden.
De KIB opname is altijd van tijdelijke aard en kan uiteenlopen van een half jaar tot drie jaar.

Uitstroom en terugverwijzing
Indien de gedragsproblemen zodanig onder controle zijn dat doorplaatsing naar een minder intensieve en/of beveiligde omgeving (in de gehandicaptenzorg) mogelijk is en de begeleidingsstijl kan worden overgedragen, kan de cliënt uitstromen. De verantwoordelijk behandelaar stelt een uitgebreid advies op voor de verdere behandeling en begeleiding, inclusief een advies over een passend toekomstperspectief.

De verantwoordelijkheid voor het vinden van een passende vervolgvoorziening blijft bij de verwijzende instelling liggen. KIB Trajectum biedt daarbij actieve ondersteuning en advies. Het komt voor dat cliënten na observatie of behandeling in de KIB van Trajectum worden teruggeplaatst naar de GGZ. Dit is het geval wanneer een passende vervolgplek in de gehandicaptenzorg niet direct beschikbaar is. Ook kunnen cliënten incidenteel worden teruggeplaatst als de psychiatrische problematiek zo dominant aanwezig is dat zij onvoldoende kunnen profiteren van de orthopedagogische benadering van Trajectum.

Inhoud van de behandeling

KIB Trajectum werkt vanuit een orthopedagogische benadering, waarin veel aandacht is voor het scheppen van duidelijkheid en structuur. Er is sprake van een aanpak waarin wonen, dagbesteding en vrije tijd zoveel mogelijk op elkaar zijn afgestemd. Er wordt zowel gebruik gemaakt van het sociaal als van het relationeel competentiemodel. Het leren vindt vooral in het dagelijks (samen)leven plaats. Er wordt een veilige, duidelijke en ondersteunende omgeving gecreëerd met een zinvol dagprogramma met dagbesteding, werk, sociotherapeutische activiteiten en -modules, en (vak)therapieën. Ook medicamenteuze ondersteuning vindt op medisch psychiatrische indicatie plaats. Indien mogelijk en geïndiceerd wordt de cliënt onderdelen uit het zorgprogramma voor SGLVG aangeboden, zoals sociale vaardigheidstrainingen of psycho-educatie over verslaving, agressie, of seksueel probleemgedrag.

De behandeling is intensief en afgestemd op de individuele cliënt. Er is veel aandacht voor het begeleiden van de cliënt in zijn dagelijks functioneren op de groep en het reguleren van gedrag, onder andere door het bieden van structuur. De begeleider biedt begrijpelijke, betrouwbare ondersteuning en geeft voorbeeldgedrag om van te leren. Daarnaast is er aandacht voor het compenseren van beperkingen, bijvoorbeeld door het (tijdelijk) overnemen van taken en verantwoordelijkheden.

De behandeling en begeleiding is altijd nadrukkelijk afgestemd op het verstandelijk en sociaal-emotioneel functioneren van de doelgroep. De sleutel tot succes is veelal gelegen in het vinden van concrete, werkzame handvatten voor de (toekomstige) begeleiding en de wijze waarop die in de toekomst worden geïmplementeerd en geborgd. Trajectum kan bij de overdracht en implementatie desgewenst een rol spelen.

4 Behandelvisie en methodiek

4.1 *Behandelvisie*

De KIB's hebben veel overeenkomsten als het gaat om visie, beleid en methodisch handelen. Het contact met de cliënt (contactherstel), een responsieve benadering en respectvolle attitude, de focus op herstel van de behandelrelatie, dit alles is herkenbaar en gangbaar in de vijf KIB's. Daarbij hanteren de afzonderlijke KIB's eigen methodische werkwijzen en worden eigen accenten gelegd in de behandeling en begeleiding. In het onderstaande belichten we de gemeenschappelijke kenmerken. Specifieke methoden en werkwijzen komen aan de orde in de beschrijvingen per KIB.

4.2 *Opbouwen van een behandelrelatie*

De cliënten die opgenomen zijn op de KIB vertonen forse gedragsproblematiek. In het verleden werd daarop door hulpverleners in de reguliere GGZ vaak beheersmatig gereageerd. 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.

4.3 *Eigen regie en verantwoordelijkheid*

Bij alle KIB's staat het toewerken naar eigen regie en verantwoordelijkheid centraal. Voorop staat dat cliënten in staat moeten worden gesteld om meer grip te krijgen op hun eigen leven en daaraan meer richting te kunnen geven, in plaats van uitsluitend geleid te worden door negatieve emoties. Het versterken van de competenties van cliënten en het bieden van structuur en veiligheid zijn belangrijke elementen in de behandelmethodiek. Op consequente wijze wordt invulling gegeven aan het behandelplan en zo ook wordt consequent uitvoering

gegeven aan dit plan. Een sterk punt is de aandacht voor methodische behandeling en ondersteunende therapieën daarbij.

> *'In de praktijk zijn we continu bezig met het gedrag van de patiënt. We gaan dan niet in op de symptomen maar benaderen dit op een constructieve manier: wat gebeurde er in die situatie en wat doet het nu met jou? Telkens gaan we terug naar de kern. Wat heb je nodig? Wat kan je daar zelf in doen? We willen cliënten verantwoordelijk maken voor hun eigen proces en kijken en bespreken wat ze nodig hebben om toe te werken naar een behandeltraject waar ze een actief aandeel in kunnen nemen.'*

4.4 *Nieuw perspectief bieden*

De cliënt wordt een nieuwe start geboden. Samen met de cliënt 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. Ook het sociale systeem wordt zoveel mogelijk betrokken. De cliënt wordt perspectief geboden en in kleine stapjes wordt gewerkt naar verbetering, waarbij er wordt toegewerkt naar steeds meer autonomie en eigen verantwoordelijkheid. Keuzes van de cliënt worden gerespecteerd zolang deze niet conflicteren met de algemeen aanvaarde normen en waarden en de belangen van anderen.

4.5 *Relationele benadering*

Er wordt gewerkt vanuit een relationele benadering. Deze 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 cliënt in het herkennen van de emoties en het hervinden van de balans. Het bieden van een veilige omgeving en het opbouwen van een samenwerkingsrelatie zijn daarvoor een voorwaarde.

'We werken vanuit de visie dat cliënten in goede harmonie met de omgeving willen staan en we gaan ervan uit dat er altijd behoefte bestaat om stukgelopen relaties te herstellen. Daar zetten we op in, los van de stoornis. Ruimte creëren voor een nieuw begin, dat is belangrijk, dan kunnen mensen weer verder. We bouwen contact op vanuit de relatie en proberen van daaruit veiligheid en structuur te bieden. En vertrouwen. Dus niet werken vanuit een standaardprogramma of beheersing maar vanuit vertrouwen. Het kan goed uitpakken om mensen op gesloten afdelingen over te plaatsen naar een open behandelunit. Mensen ervaren weer ruimte en vertrouwen.'

4.6 *Ondersteunend therapeutisch milieu*

Cliënten op de KIB hebben de mogelijkheid om deel te nemen aan een gevarieerd therapeutisch behandelprogramma. Dit verschaft hen de ruimte om te oefenen met andere rollen en andere houdingen. Op die manier kunnen cliënten op een andere manier tegen relaties aankijken en op een andere manier relaties leren aangaan. Dit zijn belangrijke behandeldoelen: cliënten serieuzer laten voelen en eigen gevoelens leren toelaten en mogelijkheden aanreiken om dingen te veranderen. Gedragstherapie (pre-therapie) en vaktherapieën leveren hier een belangrijk aandeel.

4.7 *Onderscheidende methodische kenmerken*

4.7.1 Probleemgedrag anders benaderen

De manier van denken en de manier van werken op de KIB's is in verschillende opzichten onderscheidend ten opzichte van reguliere ggz-instellingen. Het gaat als eerste om een andere benadering van probleemgedrag. Te vaak hebben cliënten meegemaakt dat er sanctie op sanctie volgt op grensoverschrijdend gedrag. Behandeling en begeleiding raken gaandeweg volstrekt uit beeld. In de KIB zoeken medewerkers naar alternatieve hypothesen over het probleemgedrag. Wat zijn de specifieke behoeftes van de cliënten waaraan zij veiligheid ontlenen? Hoe komen we daaraan tegemoet en hoe voorkomen we dat we cliënten overvragen? Dit zijn wezenlijke vragen die voor cliënten belangrijk

zijn. Zij voelen zich veel meer gehoord en begrepen. Door deze benadering is het ook beter mogelijk om agressie of ander probleemgedrag te voorkomen. De medewerkers zijn zeer sensitief voor signalen van onrust en proberen dit bespreekbaar te maken en preventief op te treden. Ook daardoor voelen cliënten zich veiliger. Zij weten dat de hulpverleners alert zijn op signalen en er veel aan doen om hier op constructieve wijze op in te spelen. De-escalerend werken is een tweede natuur geworden van de hulpverleners. Dat laat zich lastig beschrijven. De eerste vuistregel is dat de KIB-medewerkers altijd oog hebben voor de sfeer op de groep en de manier waarop individuele cliënten zich bewegen en gedragen. De tweede vuistregel is dat eventuele signalen van onrust, hoe miniem soms ook, altijd bespreekbaar worden gemaakt. Dit vraagt van medewerkers een responsieve opstelling. Cliënten krijgen de ruimte om zich te uiten of hun emoties te ontladen. Vaktherapie kan hierbij ondersteunend zijn en wordt dikwijls ingezet (zie verderop). De derde vuistregel is vervolgens om cliënten veiligheid te bieden en onrust weg te nemen. De attitude van de hulpverlener luistert hierbij nauw. Cliënten 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.

> *'Het gaat om contact op een gelijkwaardig niveau. Van mens tot mens. Niet zeggen: wij hebben als team besloten dat … maar gewoon vanuit jezelf praten. Geen afstand creëren. Een goede attitude is cruciaal. Je moet iemand altijd respectvol aanspreken. Toon ook begrip als iemand zich negatief gedraagt. Besef dat het dan om 'copinggedrag' gaat. Je mag mensen hier niet om veroordelen of uitstoten, maar wel mee confronteren zodat ze gaan voelen wat er speelt. Het gaat om de juiste mix van enerzijds erkenning van iemands gevoelens maar anderzijds wel laten blijken wat de consequenties zijn van iemands gedrag en ervoor zorgen dat iemand daar verantwoordelijkheid voor neemt, nu of op een later moment.'*

4.7.2 De-escalatie ondersteuner

Om dwang en separaties te verminderen, werken sommige KIB's met een de-escalatie ondersteuner. Bij KIB Inforsa is dit een verpleegkundige of groepsbegeleider die werkt op de KIB en die kan worden ingeroepen door het team of de cliënt zelf. De betreffende ondersteuner probeert crisissituaties te de-escaleren door te reflecteren en in gesprek te gaan met de cliënt. Daarnaast bemiddelt hij tussen cliënt en team en vervult hij een rol als coach voor het team. De ondersteuner handelt zoveel mogelijk vanuit cliëntenperspectief en zet zich ervoor in om de regie terug te geven aan de cliënt. In Eindhoven kan hiervoor een beroep worden gedaan op het Flex-team (zie profielbeschrijving KIB Eindhoven).

4.7.3 Omgevingsfactoren en autonomie

De cliënten 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 cliënt wordt weggehouden, kan dit tot problemen leiden. Zij ervaren onvoldoende autonomie en reageren daarop, waarop vervolgens (nieuwe) sancties volgen. De vicieuze cirkel is hiermee in een notendop geschetst. Het is dus belangrijk om de omgevingsfactoren kritisch te bezien en ervoor te zorgen dat cliënten de mogelijkheid hebben om zelf regie te houden of te herwinnen. Te veel structuur is fnuikend, te weinig structuur (afspraken worden niet nagekomen bijvoorbeeld) eveneens. KIB-medewerkers zullen dit 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.

KIB Inforsa

KIB Inforsa is het onderdeel van Arkin (Amsterdam) dat zich heeft gespecialiseerd in intensieve en forensische zorg voor volwassenen met complexe meervoudige problematiek. KIB Inforsa ondersteunt reguliere ggz-instellingen in Noord-Holland, Friesland, Groningen, Overijssel en Drenthe. Daarnaast heeft de KIB een aparte afdeling, KIB kortdurend, voor de opname van ontwrichtende patiënten binnen Arkin.

KIB Inforsa is ontstaan in 1990 en heeft vier afdelingen: twee instroomafdelingen, één uitstroomafdeling en één afdeling voor kortdurende behandeling. Deze laatste afdeling is uitsluitend bedoeld voor cliënten die binnen Arkin zijn opgenomen. Op elke afdeling is plaats voor 9 cliënten; in totaal beschikt KIB Inforsa over 36 bedden. Arkin heeft naast KIB Inforsa een kliniek voor langdurende intensieve zorg voor een vergelijkbare doelgroep (LIZ).

Doelstelling
KIB Inforsa biedt zorg aan cliënten van wie de behandeling in de reguliere GGZ is vastgelopen. De KIB heeft de expertise en ervaring in huis om de impasse in de behandeling te doorbreken en de ontwrichtende situatie te stabiliseren. Dit gebeurt in nauwe samenwerking met de verwijzende instelling en de cliënt.
De aard van de zorg en dienstverlening die door KIB Inforsa wordt geboden is afhankelijk van de situatie van de cliënt, en kan bestaan uit:

- Consultatie en coaching van het behandelteam, gericht op het voorkomen van een opname van de cliënt in de KIB.
- Kortdurende opname van de cliënt, gericht op tijdelijke ontlasting van het behandelteam.
- Langerdurende opname van de cliënt, gericht op het stabiliseren en reguleren van het gedrag van de cliënt en het creëren van een overdraagbaar behandelbeleid gericht op het voorkomen van nieuwe ontwrichting.
- Algemene deskundigheidsbevordering aan verpleegkundigen en groepsbegeleiders.

Doelgroep
KIB Inforsa richt zich op mannen en vrouwen van 18 jaar en ouder, met ontwrichtend psychiatrisch gedrag waarbij sprake is van zeer moeilijke behandelbaarheid. De cliëntengroep bestaat uit cliënten met psychotische stoornissen en persoonlijkheidsstoornissen. Verslaving komt veel voor. Daarnaast worden in toenemende mate patiënten behandeld met een autistiforme stoornis die met name door hun gedrag buiten de reguliere behandelingsetting vallen. De meeste cliënten hebben een civielrechtelijke maatregel (RM).

Inhoud van de behandeling
KIB Inforsa biedt intensieve behandeling op maat. Iedere cliënt krijgt een individueel geïntegreerd behandelprogramma, bestaande uit diverse onderdelen zoals individuele gesprekstherapie, medicamenteuze therapie, vaktherapieën (waaronder psychomotore therapie, muziektherapie, creatieve therapie en kynotherapie, waarbij patiënten door middel van een hond therapeutische vaardigheden leren) en vaardigheidstrainingen (bijvoorbeeld Held zonder geweld, Libermantraining Omgaan met sociale relaties) en meta-cognitieve trainingen). Specifieke individuele therapieën (zoals schemagerichte therapie) en groepstherapieën en trainingen worden op indicatie gegeven.
Verslavingsbehandeling maakt integraal deel uit van de behandeling. Ook voor verslaving geldt dat per cliënt een individueel beleid wordt bepaald. Voor sommige cliënten geldt een gedoogbeleid voor soft drugs. Daarnaast wordt een Libermantraining *Omgaan met verslaving* aangeboden.

KIB Inforsa betrekt de sociale omgeving nadrukkelijk bij de behandeling van de cliënt. Ook worden familieleden en naasten ondersteund door bijvoorbeeld psycho-educatie en familiebijeenkomsten te organiseren.

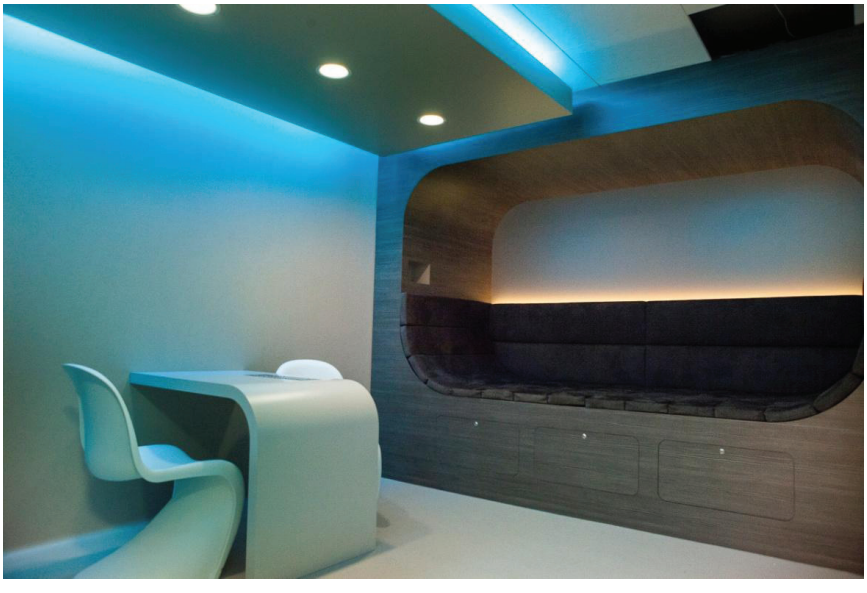
Voorkomen van dwang en drang
Ter vermindering en voorkoming van dwang en drang heeft KIB Inforsa een de-escalatie ondersteuner aangesteld en is recent het 1-op-1 team opgericht. Cliënten kunnen bijvoorbeeld tijdelijk individueel begeleid worden om een crisissituatie te voorkomen. Daarnaast krijgen patiënten individuele begeleiding om een periode van gedwongen verblijf op hun kamer of afzondering zo kort mogelijk te laten duren.

De-escalatie ondersteuner

De de-escalatie ondersteuner is een verpleegkundige of groepsbegeleider, werkzaam op een KIB afdeling, met een van nature sterk de-escalerende houding in het contact naar anderen. Hij is bedoeld als ultieme bliksemafleider en is door het team (of de cliënt) oproepbaar. Bij voorkeur wordt hij preventief ingeschakeld, om een escalatie te voorkomen of om erger te voorkomen.

De de-escalatie ondersteuner overziet de situatie, reflecteert hierop, overstijgt de emotie, geeft geen oordeel en gaat in gesprek met het team en/of de cliënt. Hij zoekt naar de beleving van de cliënt en de achtergronden van het destructieve gedrag. Hij probeert door de cliënt erkenning en begrip te geven, ook van diens zijde weer begrip te krijgen en zo te kunnen bemiddelen. Op die manier probeert de de-escalatie ondersteuner de angel weg te kunnen nemen, waardoor verdere agressie (en dwangtoepassing) kan worden voorkomen.

Zijn rol is vierledig: hij de-escaleert op cliëntniveau, bemiddelt tussen cliënt en team, coacht en 'neutraliseert' het team en coördineert waar nodig de zogenoemde calamiteitenacties, waardoor verdere escalatie en geweld worden voorkomen. Denken en handelen vanuit cliëntenperspectief – zoveel als mogelijk - en waar mogelijk de regie teruggeven aan de cliënt, zijn hierbij de belangrijkste tools.



Het 1-op-1 team

Sinds augustus 2013 werkt KIB Inforsa met een specifiek 1-op-1 team, bovenop de bestaande bezetting. Deze 1-op-1 begeleiding betekent: *op een zeer intensieve manier optimaal aansluiten bij de cliënt in crisis, waarbij aanwezigheid en/of beschikbaarheid een centrale rol spelen.*

Deze interventie wordt toegepast als de inzet van de de-escalatie ondersteuner niet meer toereikend is. De spanning loopt op en de dreiging van agressie is actueel. De 1-op-1 begeleider neemt dan de taak over van de de-escalatie ondersteuner en intensiveert de zorg door - voor korte of langere tijd - volledig beschikbaar te zijn voor de cliënt. Hij biedt actief contact, in welke vorm dan ook. Dit kan variëren van gesprekken, tot het samen iets ondernemen, tot het 'alleen maar' aanwezig zijn. Hierbij wordt geschakeld tussen 'professioneel' beïnvloedend zijn, en juist 'persoonlijk' beschouwend te zijn, zonder doel of mening en met betrokkenheid en erkenning voor de beleving van de cliënt zoals die is. De kracht van de 1-op-1 begeleider zit vooral in het kunnen 'mee-resoneren' met de cliënt.

De 1-op-1 begeleiding kan op verschillende plekken plaatsvinden: op de afdeling, op de eigen kamer of in de comfortroom. In alle gevallen is de begeleider gericht op contactherstel, ook als de cliënt noodzakelijkerwijs in een aparte ruimte moet verblijven, zoals een kamer die op slot gaat, of de afzonderings- of de separeerruimte. Het 1-op-1 team kan optimale zorg en nabijheid bieden, daar waar de interactie verstoord is en het eigen team tegenover de cliënt staat. Het aansluiten bij de cliënt en hem op zijn gemak stellen, helpt om het gevoel van veiligheid te vergroten, waardoor de uiteindelijke veiligheid toeneemt en escalatie afneemt.

5 Huisvesting en medewerkers

5.1 *Faciliteiten*

Alle KIB's beschikken over meerdere afdelingen of units die kleinschalig zijn opgezet. Het aantal cliënten 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. Cliënten van KIB Inforsa en CIB Palier kunnen gebruik maken van een comfortroom. Daarnaast zijn er separatie- of afzonderingsruimtes beschikbaar. Naast de gesloten units beschikken CIB Palier en KIB Eindhoven over open afdelingen, bedoeld voor cliënten die geen gesloten setting (meer) nodig hebben en/of voor cliënten die zich in de resocialisatiefase bevinden.

Tabel 2 Afdelingen / units per KIB

KIB	**Afdelingen / units**
KIB Inforsa	4 gesloten afdelingen, waarvan: - 2 voor instroom (2x9) - 1 voor uitstroom (9) - 1 voor kortdurende behandeling (9, alleen cliënten van Arkin)
CIB Palier	2 afdelingen, waarvan: - 1 open voor groepstherapie (10) - 1 gesloten voor opname en behandeling (14/17)
KIB Eindhoven	3 afdelingen, waarvan: - 1 gesloten (10 bedden) - 1 open (10 bedden) - 1 woonhuis / trainingsunit (4/6 bedden)
KIB Trajectum	1 gesloten observatieafdeling (8 bedden). De overige KIB-bedden (20) zijn verspreid over verschillende gesloten afdelingen. Na de observatiefase kan intensieve vervolgbehandeling volgen, gericht op de specifieke gedragsproblematiek.
KIB Van der Hoeven Kliniek	De KIB-bedden (52) zijn verspreid over verschillende gesloten afdelingen in Utrecht en Amersfoort.

Alle cliënten 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. Cliënten 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.

5.2 *Healing environment*

Er is steeds meer aandacht voor de fysieke omgeving van cliënten op verblijfsvoorzieningen in de GGZ en op de KIB in het bijzonder. Onder de noemer van healing environment wordt geïnvesteerd in een gastvrije, uitnodigende omgeving om ook op die manier escalaties en separaties te voorkomen. Kleur, daglicht, ruimte en een rustige maar aantrekkelijke inrichting zijn bijvoorbeeld bepalende elementen. Op een aantal KIB's zijn zogenoemde comfortrooms ingericht waar mensen in een rustige en vriendelijke omgeving tot rust kunnen komen. Cliënten kunnen zelf aangeven dat zij gebruik willen maken van deze ruimte om zich meer te kunnen ontspannen of te ontladen. Zij hebben dikwijls de mogelijkheid om zelf te kiezen voor bepaalde wandkleuren, lamplicht, achtergrondmuziek en in een enkel geval voor geuren in de omgeving. Een healing environment gaat verder dan de fysieke omgeving en heeft ook van doen met routines en gewoontes op de afdeling en de attitude van medewerkers. Zo kan bijvoorbeeld 1-op-1 begeleiding geboden worden in de comfortroom of in de separatiekamer als de situatie daarom vraagt (zie ook de beschrijving van KIB Inforsa). Dikwijls vraagt het een cultuuromslag om cliënten op een andere manier te benaderen. Medewerkers komen dan meer in de rol van coach van de cliënt. Dit vergt een andere visie, een andere benadering en een andere attitude, maar ook een andere inrichting van de omgeving. Dat levert inhoudelijke discussies op die niet genegeerd moeten worden.

'Eenzame opsluiting moet worden uitgebannen omdat je juist op zoek bent naar contact en herstel. Moet de separeer dan helemaal weg? Dat is de vraag. Sommige mensen hebben het gewoon nodig. Afgrenzen moet soms gebeuren en is voor sommige cliënten tijdelijk beter; het helpt mensen en geeft hen veiligheid. Dat moet je niet steeds maar blijven doen natuurlijk. Maar een 'hutje op de hei' is soms het enige behandeladvies wat ze nodig hebben. Soms is afzondering gewoon heel behulpzaam omdat mensen even geen opgelegde normen en waarden van anderen willen horen.'

In geval een separatie toch onvermijdelijk is omdat het gevaar voor de cliënt en/of voor zijn omgeving niet valt af te wenden, wordt te allen tijde het contact met de cliënt behouden. Een separatie of afzondering wordt gezien als een noodzakelijke fase met als doel om het contact weer te herstellen. Eén van de hulpverleners blijft in de nabijheid van de cliënt 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 vastbepaalde tijd weer terug komt.

5.3 *Medewerkers*

De KIB's beschikken over een ruime personele bezetting (ca 1,8 fte per cliënt). De personele bezetting is afgestemd op de aard van de doelgroep. Het multidisciplinaire team bestaat uit verpleegkundigen, groepsbegeleiders, één of meerdere psychiaters, arts-assistenten, gedragsdeskundigen (GZ-psychologen), maatschappelijk werkers, vaktherapeuten, psychomotorisch therapeuten, trajectbegeleiders en vormingsmedewerkers.
Het personeel in de KIB's is hoog opgeleid en telt relatief veel agogisch en therapeutisch geschoolde medewerkers. Daardoor is het mogelijk om cliënten 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 cliënten te bereiken en met hen in contact te komen.

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 cliënten 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 cliënt-vertrouwenspersoon.

5.4 *Teamwork en professionaliteit*

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 reflectie, coaching, deskundigheidsbevordering en veiligheid van het personeel.
Reflectie op de eigen attitude, het eigen handelen en de opstelling van het team ten opzichte van de cliënt is vrijwel dagelijks aan de orde. Juist bij cliënten 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. 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.

KIB Eindhoven

De Kliniek Intensieve Behandeling Eindhoven is onderdeel van De Woenselse Poort, de divisie voor forensische en intensieve zorg binnen het concern GGz Eindhoven en de Kempen (GGzE). De KIB Eindhoven biedt hulp aan cliënten die zijn vastgelopen in de behandeling in een andere instelling of binnen een afdeling van de behandelcentra van GGzE. De KIB Eindhoven is een supraregionale voorziening voor instellingen in de regio Zuid-Nederland. Cliënten worden doorverwezen door ggz-instellingen binnen de provincies Noord-Brabant, Limburg, Gelderland, of daaraan gelieerde instellingen. Gemiddeld komen er per jaar 60 tot 70 aanmeldingen binnen en worden ongeveer 45 cliënten opgenomen.

Er zijn drie units:
- een open unit voor 10 cliënten, verblijfsduur tot 4 à 5 maanden;
- een gesloten unit voor 10 cliënten, verblijfsduur tot 4 à 5 maanden;
- een trainingsunit voor 6 cliënten. Cliënten in het trainingshuis doorlopen vaak een traject van 1,5 jaar. In de weekenden gaan zij, indien mogelijk, naar huis.

Veel ervaring
De KIB Eindhoven is medio 1985 ontstaan en was in Nederland de eerste kliniek die speciaal werd ingericht voor de verpleging en behandeling van mensen die als sterk gedragsgestoord en/of agressief betiteld werden. In de afgelopen decennia is er veel ervaring opgedaan met de behandeling van cliënten met ontwrichtend gedrag. Het fundament onder de behandeling bestaat uit:
- aansluiten bij de persoonlijke behoeftes en mogelijkheden van de cliënt;
- aanspreken van verantwoordelijkheid en autonomie van de cliënt waardoor deze zelf weer de regie kan nemen;
- gelijkwaardigheid cliënt en medewerker. De medewerker staat naast de cliënt: niet vanuit de rol van hulpverlener maar vanuit het mens-zijn;
- het betrekken van familie en andere naasten in de behandeling.

Planetree
Sinds enkele jaren werkt KIB Eindhoven volgens het Planetree-gedachtegoed. Planetree is een manier van denken, kijken, luisteren en doen waarbij mensgerichte zorg voorop staat. Zorg voor de cliënt, maar ook zorg voor medewerkers. Planetree gaat uit van drie pijlers: betere zorg, helende omgeving en gezonde organisatie. Het welzijn van de cliënt is hèt uitgangspunt in de zorg die KIB Eindhoven biedt. Familie en naasten worden zoveel mogelijk bij het behandelproces betrokken. Bij alles wat KIB Eindhoven doet, zorgen de medewerkers ervoor dat de zorg en de omgeving zo prettig mogelijk is voor cliënten en medewerkers. Het zijn vaak de kleine dingen die het verschil maken. Planetree helpt om

je daarvan bewust te zijn. Zo volgen cliënten en medewerkers bijvoorbeeld samen een cursus mindfulness, of ze richten samen een aangename, huiselijke familiekamer in waar het prettig is om bezoek te ontvangen.

Doelstelling
KIB Eindhoven stelt de cliënt centraal. De behandeling is erop gericht om de cliënt te ondersteunen in het herstel van contact met anderen in zijn omgeving. Dit is onlosmakelijk verbonden met het eigen contactherstel (je eigen 'zelf' hervinden) en geldt als basisvoorwaarde voor het persoonlijk herstelproces van de cliënt.

Dienstverlening voor de verwijzende afdeling
Voor de verwijzende instantie is het hoofddoel het vlottrekken van een vastgelopen behandelproces en wel zodanig, dat de verwijzende afdeling na interventie van de KIB in staat is het behandelproces met de cliënt weer vorm te geven.
De verwijzende organisatie kan een beroep doen op de volgende diensten:
1. klinische opname van cliënten;
2. beleidsconsultatie/teamconsultatie;
3. second opinion;
4. overdracht van kennis door opleiding;
5. overdracht van kennis door tijdelijke detachering van een medewerker van de KIB bij de klant (verwijzende instelling);
6. high care functie voor GGzE;
7. crisisinterventie.

Doelgroep
KIB Eindhoven richt zich op volwassenen vanaf 18 jaar. De cliëntengroep bestaat uit mensen met psychotische stoornissen, stemmingsstoornissen dan wel persoonlijkheidsstoornissen, soms gecombineerd met verslavingsproblemen. Ongeveer de helft van de cliënten heeft een civielrechtelijke maatregel (RM).

Visie
De basishouding van medewerkers is gericht op het bieden van nabijheid en veiligheid zodat cliënten zich gemakkelijker weten te verhouden tot hun omgeving en tot zichzelf (contactherstel en persoonlijk herstel). Er wordt primair een relationele structuur aangeboden. Het gaat erom dat cliënten zich veilig kunnen bewegen in relatie met anderen en daarbij een eigen positie durven in te nemen. Tevens is het belangrijk dat cliënten hun eigen gevoel (weer) kunnen toelaten, inclusief angst, eenzaamheid, afhankelijkheid, wantrouwen, woede. Dit vereist bereidheid tot steun van anderen in moeilijke momenten en acceptatie. Van hieruit kan de cliënt zelf keuzes maken en ruimte vinden voor zijn eigen mogelijkheden. Tevens is het belangrijk dat de cliënt zich bewust is van de consequenties van zijn keuzes en de verantwoordelijkheid leert dragen voor het eigen bestaan en de eigen manier van leven. Het bovenstaande vertaalt zich in de volgende uitgangspunten, namelijk dat:
- de KIB-medewerker zich niet zozeer richt op een diagnose, ziektebeelden of symptomen, maar op de persoon zelf, met zijn eigen sterke en zwakke kanten, talenten en vaardigheden;
- er vanuit gegaan wordt dat de cliënt verantwoordelijk is voor zijn gedrag en leefomgeving en hierop aangesproken kan worden. Daarnaast wordt de cliënt geacht zelf keuzes te maken en de consequenties daarvan te dragen. De KIB-medewerker heeft respect voor de keuzes van de cliënt zolang deze niet conflicteert met belangen van anderen en weet deze bespreekbaar te maken;
- er op de KIB voldoende veiligheid geboden wordt voor de cliënten om zichzelf te kunnen zijn, zowel in de relaties tussen cliënten en KIB-medewerkers, cliënten onderling en medewerkers onderling, maar ook in de bredere sociale omgeving;
- er in het contact met de cliënt uitgegaan wordt van wat er nu speelt. Ondanks een vaak traumatisch verleden wordt geprobeerd de cliënt te stimuleren te kijken hoe hij nu om kan gaan met zijn problematiek.

Verloop behandelproces
Aanmelding en intake
Een aanmelding gebeurt meestal door een telefonisch contact tussen een functionaris van de verwijzende instantie en de intakefunctionaris van de KIB Eindhoven. Er vindt een consultatie plaats op locatie van de verwijzende instelling. Hierbij zijn de cliënt, het behandelend team en eventueel relevante anderen, zoals familieleden aanwezig. De consultatie wordt uitgevoerd door een multidisciplinair team bestaande uit een behandelaar, intakefunctionaris en casemanager.
Op basis van dit consult wordt gekeken of en zo ja, wélke interventie nodig is. Dit kan klinische overname van de cliënt zijn, ondersteuning van het team aldaar of een combinatie van beiden.

Behandelplan
Binnen een week na opname vindt een multidisciplinaire behandelplanbespreking plaats. Daarna wordt samen met de cliënt een behandelplan opgesteld voor de eerstkomende weken. Per discipline worden daaruit de mogelijke werkdoelen afgeleid. Na acht weken vindt de tweede behandelplanbespreking plaats, waarin de uitvoering van de gemaakte afspraken geëvalueerd wordt. Het multidisciplinaire team draagt gezamenlijk de verantwoordelijkheid voor het behandelproces. Er is een behandelaanbod voor cliënten waar zij op eigen initiatief aan deel kunnen nemen. Er zijn verschillende mogelijkheden om deel te nemen aan psychotherapie, creatieve therapie, psychomotorische therapie, zwemmen, sporten, muziek, loopgroep. Daarnaast kunnen behandelingen geïndiceerd worden door de therapeuten. Medische handelingen en medicamenteuze behandelingen met behulp van medicijnen vinden plaats in overleg tussen de cliënt en de psychiater.

Uitstroom en terugverwijzing
Na uiterlijk vijf maanden vindt er tijdens een behandelplanbespreking een evaluatie plaats van de behandeling. In geval van een crisisplaatsing wordt de cliënt in principe na deze termijn teruggeplaatst. In geval van een behandeltraject komt er een weging of het traject verlengd wordt.
Na ontslag vindt eventueel nazorg plaats. Als de cliënt wordt teruggeplaatst naar de verwijzende afdeling kan nog teamondersteuning plaatsvinden. Indien de cliënt teruggeplaatst wordt naar een andere of ambulante setting dan wordt het behandeltraject overgedragen naar het nieuwe team. Mogelijkheden voor nazorg zijn incidentele consultatiegesprekken met de behandelaar, bed-op-recept of huisbezoeken.

Flex-team

Naast het consultatieteam heeft KIB Eindhoven ook een Flex-team met een outreachende functie. Het Flex-team biedt voorlichting aan externe samenwerkingspartners. Daarnaast kan dit team worden ingezet voor consulten op verzoek van de verwijzende instellingen. Daarbij wordt onderscheid gemaakt tussen enerzijds *'reguliere' consulten* gericht op het gedrag van de cliënt en de omgang daarmee en anderzijds *teamconsulten* waarbij de dynamiek in het team ten opzichte van de cliënt centraal staat. In het laatste geval gaat het dus vooral om consultatie voor de teamleden om de teamprocessen te beïnvloeden.

Het Flex-team biedt consultatie 'on the spot', dus op locatie van de aanvragende instelling. Dit stelt iedereen in de gelegenheid om te participeren in het consult: de cliënt, de behandelaar, en desgewenst familieleden of andere belangrijke derden.

Voor de teamconsulten worden meestal drie bijeenkomsten van een dagdeel uitgetrokken. De eerste en tweede bijeenkomst liggen vrij dicht tegen elkaar aan, de derde bijeenkomst is meestal een paar maanden later gepland. De samenstelling van het Flex-team is afhankelijk van de vraag vanuit de verwijzende instelling. Veelal worden de consultaties verricht door de casemanager samen met een verpleegkundige, maar er kan ook gekozen worden voor een andere samenstelling, afhankelijk van de precieze vraag.

De medewerker van het Flex-team maakt een eerste afspraak op de betreffende afdeling en observeert al doende de gang van zaken. Hij deelt zijn observaties en reflecties met het team en geeft advies over andere benaderingswijzen of andere structuren en gedragspatronen. Vervolgens gaat het team daarmee aan de slag. Een advies kan bijvoorbeeld zijn om consequenter te gaan werken met een behandelplan gericht op doelen die de cliënt belangrijk vindt. Tijdens de tweede bijeenkomst wordt besproken hoe het loopt en geeft het Flex-team zo nodig adviezen om de gang van zaken bij te stellen.

De derde bijeenkomst is meer evaluatief van karakter. Hierin wordt gekeken of het team consequent vasthoudt aan de eerder gemaakte afspraken. De intensieve inzet van het Flex-team is nuttig om een overplaatsing naar de KIB te voorkomen. Maar bovenal is het belangrijk dat het betreffende team zich op basis van de adviezen kan beraden over de routines en gegroeide gedragspatronen die mede aanleiding kunnen zijn voor escalaties. Het team kan op basis daarvan zaken veranderen. Een actieve opstelling van het team dat een teamconsult aanvraagt is een belangrijke vereiste. Vooraf wordt gevraagd om de reden en het doel van het teamconsult duidelijk op schrift te stellen. Op basis hiervan neemt het Flex-team een beslissing wie de aangewezen personen zijn voor de uitvoering van de consultbijeenkomsten. Bij voorkeur vindt het eerste consult plaats binnen twee tot drie weken nadat de aanvraag is binnengekomen.

Het Flex-team kan ook een voorlichtende rol vervullen voor samenwerkingspartners in de omgeving, zoals verwijzers, familieleden, politie en beveiligingsmedewerkers op het terrein. De voorlichting is erop gericht dat mensen een ander beeld krijgen van, en meer begrip krijgen voor de problemen die zich voordoen rond de cliënt en daar beter op kunnen reageren.

6 Behandelproces

6.1 *Aanmelding*

De KIB's werken ten behoeve van reguliere ggz-instellingen. KIB Inforsa, CIB Palier en KIB Eindhoven hebben in principe een supraregionale functie en nemen cliënten op van ggz-instellingen in hun verzorgingsgebied (zie tabel 1). Hiervan kan echter worden afgeweken, aangezien indicaties voor de KIB landelijk geldig zijn. In geval van wachtlijsten verwijzen de KIB's over en weer. Dit gaat via korte lijnen. KIB Van der Hoevenkliniek en KIB Trajectum hebben een landelijke functie en zijn tevens achtervang voor de overige KIB's.
Cliënten kunnen formeel worden aangemeld via digitale aanmeldformulieren die via de website van de betreffende KIB's te downloaden zijn. Daaraan voorafgaand neemt de verwijzer eerst contact op met de KIB om de situatie voor te leggen en eventueel advies in te winnen. De meeste KIB's hebben een consultatieteam dat kan worden ingezet op de afdeling waar de cliënt verblijft. Zo wordt geprobeerd om de situatie ter plekke ten goede te keren waardoor een overplaatsing misschien kan worden voorkomen.

6.2 *Intake*

Aanmeldingen worden besproken in een multidisciplinair samengestelde commissie van de desbetreffende KIB. Deze commissie toetst in hoeverre voldaan wordt aan de criteria voor opname. Daarna volgt een intake, doorgaans op de locatie waar de cliënt verblijft. Eén of twee hulpverleners van het KIB-behandelteam of consultatieteam gaan met het verwijzend behandelteam in gesprek over de problematiek van de cliënt, de behandeling die tot dusver geboden is en de aard en ernst van de ontwrichting in de relatie tussen cliënt en behandelteam. Op basis van de verzamelde informatie wordt een definitieve beslissing genomen met betrekking tot opname. Mocht blijken dat ambulante consultatie, coaching en/of intervisie voor het behandel- en/of verpleegteam voldoende is om de behandeling weer vlot te trekken, dan wordt van opname afgezien.

Als een cliënt voldoet aan de criteria, is het streven om hem zo spoedig mogelijk op te nemen. Het komt echter voor dat er een wachttijd is, variërend van enkele weken tot enkele maanden.

6.3 *Observatie en diagnostiek*

Als een cliënt wordt opgenomen op de KIB volgt een periode van observatie en multidisciplinaire diagnostiek. De diagnostiek is enerzijds gericht op het ontrafelen van de vastgelopen behandelrelatie en anderzijds op de cliënt zelf. De aard van de diagnostiek verschilt per cliënt en is mede afhankelijk van het soort opname (crisis, time-out of regulier). Ook zijn er verschillen per KIB. Waar in de algemene KIB's het accent ligt op psychiatrische, psychologische en systeem-diagnostiek brengt KIB Trajectum tevens het verstandelijk en sociaal-emotioneel functioneren in kaart en maken de KIB's van de Van der Hoeven Kliniek en Trajectum tevens gebruik van specifieke instrumenten voor risicotaxatie. Met name de Van der Hoeven Kliniek legt de nadruk op diagnostiek in abstinentie van middelen, dit veelal ook op verzoek van de verwijzer. Vanwege de comorbiditeit (comorbide verslavingsproblemen) is het vrijwel onmogelijk om een goede diagnose te stellen. Als eerste worden cliënten drugsvrij gemaakt en naderhand vindt diagnostiek plaats. Indien nodig worden cliënten opnieuw ingesteld op medicatie of worden bepaalde medicamenten afgebouwd.

6.4 *Behandelplan*

Leidend in de behandeling op de KIB is het behandelplan, 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 cliënt als het verwijzend behandelteam wordt nauw betrokken bij het bepalen van het individuele behandelbeleid. Ook wordt ernaar gestreefd het sociale systeem van de cliënt zoveel mogelijk bij de behandeling te betrekken. Zij worden doorgaans uitgenodigd voor behandelplanbesprekingen.

'Het behandelplan is leidend voor de behandeling van de cliënt en biedt de cliënt en het team een duidelijk houvast. Voor de cliënt maken we dat inzichtelijk door een doel of motto te kiezen waar iemand aan wil werken. De verpleegkundigen geven sturing, maar de cliënt moet er zelf achter staan. Dit vergroot de betrokkenheid van de cliënt enorm. Het motto is leidend. Iedere discipline moet dat juist afstemmen met de cliënt. De verpleegkundigen 'bewaken' wat iemand in een behandelplan heeft afgesproken. De verpleegkundigen en groepsbegeleiders zien de patiënten het meest en hebben een belangrijke rol.'

Het behandelplan omvat doorgaans zowel doelen en interventies gericht op de cliënt alswel doelen en afspraken gericht op het verwijzend behandelteam.
Er wordt gewerkt in korte behandelcycli. Na afronding van iedere behandelcyclus wordt het behandelplan geëvalueerd. Hierbij worden zowel de cliënt en zijn sociale systeem als het verwijzend behandelteam betrokken.

Iedere cliënt 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 cliënt zelf wordt ook uitgenodigd om een verslag aan te leveren.

'Het is heel waardevol om alle waarnemingen en ervaringen met elkaar te delen tijdens de behandelbespreking. Dat kan leiden tot veel discussie. In een gesprekstherapie kunnen cliënten zich in een uur vaak best goed profileren. Terwijl de verpleegkundigen iets anders zien. Dat komt zeer regelmatig voor. Maar andersom komt het ook voor. In een individueel gesprek voelen cliënten zich soms erg onder druk staan terwijl verpleegkundigen meer het geheel kunnen zien op een dag. Zo vul je elkaar goed aan.'

6.5 *Behandelduur*

De behandelduur is afhankelijk van het soort opname (crisis of regulier) en de ernst van de ontwrichting en symptomatologie. Crisisopnames duren ongeveer zes weken tot vier maanden. De duur van reguliere behandelingen varieert van ongeveer vijf maanden tot een jaar. Op de open (resocialisatie)settings is de gemiddelde behandelduur langer dan op de gesloten units. De maximale opnameduur is twee jaar.

6.6 *Terug- of doorverwijzing en nazorg*

Per cliënt wordt onderzocht wat ervoor nodig is om weer terug te keren naar de instelling waar iemand eerder opgenomen was. In principe gaan cliënten weer terug naar de verwijzende instelling. Terugverwijzing gebeurt altijd gefaseerd en in samenspraak met het verwijzend behandelteam.

> *'Het is belangrijk om te kijken wanneer en waar je iemand terugplaatst. We letten op een geleidelijke overgang en zijn verantwoordelijk voor de nazorg. Eigenlijk gaat het steeds meer om ketenzorg. De verwijzer kan in principe de zorg op een bepaald moment overnemen maar dan moet je die wel van begin af aan meenemen in het traject. De behandeling moet na terugplaatsing worden voortgezet, het gaat om een voortgezette behandeling vanuit eenzelfde visie. In de praktijk is dat vaak toch moeilijk te realiseren. Een team moet dat aankunnen en aandurven. Oude patronen moeten zij loslaten. Dat voelt kwetsbaar. Verwijzende teams hebben wisselende reacties. Ze willen graag onze backing omdat de overgang anders te moeilijk is. Ook voor de cliënt, die moet het ook aandurven. Een cliënt moet het uiteindelijk zelf doen.'*

Voor sommige cliënten is terugkeer naar de verwijzende instelling niet haalbaar of niet wenselijk. In die gevallen wordt zorgvuldig nagegaan wat de beste oplossing is. Sommige cliënten worden doorverwezen naar een LIZ (kliniek voor Langdurige Intensieve Zorg of Long Care). LIZ-klinieken bieden langdurige intensieve behandeling voor een maximale periode van vijf jaar aan cliënten met complexe problematiek die in andere ggz-settings niet te handhaven zijn. KIB

Inforsa beschikt over een LIZ-kliniek en De Woenselse Poort (KIB Eindhoven) beschikt over een Long Care. Cliënten van de KIB Trajectum kunnen eventueel worden doorverwezen naar een voorziening in de verstandelijk gehandicaptenzorg. De verantwoordelijkheid voor het vinden van een passende vervolgvoorziening berust in beginsel bij de verwijzende instelling, maar de KIB biedt daarbij actieve ondersteuning.

Enkele cliënten hebben na behandeling in de KIB geen klinische zorg meer nodig en kunnen doorstromen naar een minder intensieve vorm van zorg (beschermd wonen) of zijn in staat om onder begeleiding zelfstandig te wonen. Medewerkers van de KIB helpen daarbij. Cliënten kunnen worden begeleid in het zoeken naar passende woonruimte, werk en dagbesteding.
Vooral bij cliënten met persoonlijkheidsproblematiek wordt als nazorg steeds vaker gekozen voor ambulante zorg, poliklinisch of zorg aan huis. Afhankelijk van iemands capaciteiten en behoeftes wordt een nazorgtraject geboden, soms poliklinisch maar ook kan gekozen worden voor een intensieve individuele therapie.

Na ontslag houden hulpverleners van de KIB contact met het behandelteam waarnaar de cliënt terug- of doorverwezen is en zij zijn bereikbaar voor consultatie en overleg. Indien gewenst vinden de nazorgcontacten plaats op locatie van de desbetreffende voorziening. Er kunnen afspraken worden gemaakt over een bed op recept (KIB Eindhoven) of een terugkeergarantie (KIB Van der Hoeven).

KIB Van der Hoeven Kliniek

De Van der Hoeven Kliniek in Utrecht is onderdeel van De Forensische Zorgspecialisten, een forensisch psychiatrisch centrum. De KIB Van der Hoeven Kliniek onderscheidt zich van de andere KIB's door zijn specifieke focus op de doelgroep van cliënten met forensische problematiek en cliënten met sterk overlastgevend gedrag. Vanwege deze specialisatie heeft de KIB Van der Hoeven Kliniek heel Nederland als verzorgingsgebied.
De KIB Van der Hoeven Kliniek is ontstaan in 2006 en beschikt over 52 bedden. De bedden zijn verspreid over twee locaties (Utrecht en Amersfoort) en meerdere afdelingen (observatie, individuele behandeling, crisisopname en groepsgerichte behandeling). Binnen de KIB Van der Hoeven Kliniek in Amersfoort worden ook cliënten in een strafrechtelijk kader (TBS) behandeld. De cliënten hebben met elkaar gemeen dat zij zeer intensieve zorg en een hoog beveiligingsniveau nodig hebben.

Het gebouw in Utrecht grenst aan een binnentuin en beschikt over een eigen werkplaats, creatieve vaklokalen en psychotherapie- en diagnostiekruimtes. De benedenverdieping biedt ruimte voor de dagelijkse activiteiten. De eerste en tweede verdieping huisvesten de afdelingen waar patiënten zijn opgenomen. Het gaat om twee leefgroepen. Beide leefgroepen tellen twaalf kamers met een eigen douche, wastafel en toilet. Alle afdelingen kennen een gemengde samenstelling. De mate waarin de bewoners groepsgericht samenleven verschilt per leefgroep. Locatie Utrecht beschikt over één individuele afdeling waar patiënten worden opgenomen die nog in crisis zitten en niet kunnen functioneren in een leefgroep. Ook vinden op deze afdeling crisisopnames plaats.
Locatie De Voorde in Amersfoort is een ruim en licht opgezet gebouw rond een mooie binnentuin. De patiënten zitten verdeeld over verschillende afdelingen. De voorzieningen zijn hetzelfde als op locatie Utrecht. Ook De Voorde heeft ruimte voor crisisopnames en individuele behandeling.

Doelstelling
KIB Van der Hoeven Kliniek biedt specialistische en zeer intensieve zorg aan cliënten die vanuit een psychiatrische stoornis en/of verslavingsproblematiek ernstig agressief en/of (delict)gevaarlijk gedrag vertonen – zonder dat zij over een strafrechtelijke titel beschikken. Het gaat om een gedifferentieerde groep van cliënten van wie een deel eerder in de GGZ verbleef, en een ander deel op straat. Tijdens behandeling op de KIB Van der Hoeven Kliniek blijkt dikwijls dat de cliënt om een dermate specifieke (forensische) aanpak en omgeving vraagt, dat door- of terugverwijzing naar de GGZ heel lastig is. Het bieden van een op het individu afgestemde behandeling en begeleiding en het zoeken naar een passende vervolgvoorziening (bijvoorbeeld begeleid wonen) is voor deze cliënten het belangrijkste doel. Bij cliënten die voorheen op straat verbleven wordt de zorg volledig overgenomen, inclusief het nazorg- en resocialisatietraject.

De coaching- en consultatiefunctie is dan niet zozeer gericht op de verwijzende ggz-instelling (indien in beeld) als wel op de vervolgvoorziening (veelal een RIBW).

Doelgroep
De cliëntengroep is heterogeen samengesteld en bestaat uit zowel mannen als vrouwen met een leeftijd variërend van ongeveer 20 tot ongeveer 45 jaar. Veelvoorkomende diagnoses zijn psychotische stoornissen, verslaving, persoonlijkheidsstoornissen en emotieregulatiestoornissen. Er is veel multiproblematiek en comorbiditeit. Ook cliënten met een licht verstandelijke beperking worden op de KIB Van der Hoeven Kliniek behandeld. Agressie, crimineel gedrag en/of seksueel overschrijdend gedrag komen veelvuldig voor. Alle cliënten worden opgenomen met een civielrechtelijke maatregel (IBS of RM).

Medewerkers
De personele samenstelling is afgestemd op de specifieke doelgroep van de KIB Van der Hoeven Kliniek en het personeel is hoog opgeleid. Alle teamleden beschikken over ruime forensische kennis en ervaring.

Verloop behandelproces
Aanmelding en intake
Aanmeldingen voor de KIB Van der Hoeven Kliniek kunnen worden gedaan door ggz- en verslavingszorginstellingen en forensische psychiatrische centra in heel Nederland. Een aantal patiënten komt via het COMP (casus overleg moeilijk plaatsbaren) in beeld. Dit is een breed overleg in de stad Utrecht waarin zorginstellingen, RIBW's, politie en justitie

gezamenlijk overleggen en zoeken naar een oplossing voor zeer moeilijk te bereiken en te behandelen cliënten. Na aanmelding vindt een eerste screening plaats in het aanmeldoverleg. Indien er mogelijkheden gezien worden voor behandeling vindt een intake plaats op locatie, waarbij zowel het behandelend team als de cliënt zelf worden gesproken. Indien de cliënt voldoet aan de indicatiecriteria voor opname wordt hij zo spoedig mogelijk (ter observatie) opgenomen. De wachttijd kan oplopen tot enkele maanden.

Observatie en diagnostiek
Na opname volgt een periode van observatie. Binnen de KIB Van der Hoeven Kliniek wordt een drugsvrij beleid gevoerd. Dit biedt mogelijkheden voor diagnostiek in abstinentie en om cliënten opnieuw in te stellen op medicatie.

Behandelplan
Zo snel mogelijk na opname wordt een behandelplan opgesteld. Dit gebeurt multidisciplinair en is gebaseerd op de vraag van de verwijzer (indien in beeld). Elke drie maanden wordt het behandelplan geëvalueerd en indien nodig bijgesteld. De behandeling is gericht op regulatie, stabilisatie en resocialisatie. Gemiddeld verblijven cliënten een jaar op de KIB.

Uitstroom / terugverwijzing
Indien de gedragsproblemen zodanig onder controle zijn dat doorplaatsing naar een minder intensieve en/of beveiligde omgeving mogelijk is, kan de cliënt door- of uitstromen. Cliënten die toe zijn aan een volgende stap worden vaak doorverwezen naar een (forensische) RIBW. De verantwoordelijkheid voor het vinden van een passende vervolgvoorziening berust in beginsel bij de verwijzende instelling. De KIB biedt daarbij, indien nodig, ondersteuning en advies. Overdracht naar een vervolgvoorziening gaat altijd zorgvuldig en gefaseerd, waarbij zowel de cliënt als de hulpverleners praktische handvatten aangereikt krijgen. Hulpverleners van de 'ontvangende' voorziening kunnen in deze periode terugvallen op het KIB-team. Vanwege de vaak moeilijke fase van overgang van de kliniek naar andere instellingen, biedt de KIB gedurende een afgesproken tijd een terugkeergarantie. Bij problemen kunnen cliënten dan weer (tijdelijk) opgenomen worden. De cliënt behoudt de RM voor het geval een opname opnieuw nodig blijkt te zijn.
Het komt ook voor dat cliënten na behandeling op de KIB worden doorverwezen naar de Voorde (onderdeel Van der Hoevenkliniek) in Amersfoort teneinde een traject naar de GGZ vorm te geven.

Inhoud van de behandeling
De KIB Van der Hoeven Kliniek biedt zorg op maat. Iedere cliënt krijgt een individueel geïntegreerd behandelprogramma, bestaande uit diverse modules zoals verslavingsbehandeling, omgaan met psychosen, emotieregulatie, agressieregulatie en terugvalpreventie. Deze modules kunnen zowel individueel als in een groep worden aangeboden en zijn gericht op stabilisatie.

Daarnaast is er binnen de KIB veel aandacht voor resocialisatie. Door deel te nemen aan (arbeidsmatige) activiteiten, trainingen en onderwijs leren cliënten op een betere manier omgaan met anderen. Zij leren meer copingsstijlen te benutten en het handelingsrepertoire wordt vergroot, zodat zij vaardiger in de maatschappij komen te staan. Stap voor stap bouwen zij hun leven buiten de kliniek weer op. Medewerkers van de kliniek helpen daarbij. Cliënten worden begeleid in het zoeken naar passende woonruimte, werk en vrijetijdsbesteding.

In de resocialisatiebenadering past ook aandacht voor de sociale omgeving van de cliënt. Hiervoor is per team een netwerkbegeleider actief die familie en vrienden van de cliënt nadrukkelijk betrekt bij de behandeling. De netwerkbegeleider biedt ook ondersteuning om soms ernstig verstoorde banden te herstellen, te verstevigen of te behouden.

De KIB van de Van der Hoeven Kliniek hanteert een 'forensische aanpak'. Er worden heldere grenzen gesteld en er is veel aandacht voor vroegsignalering, veiligheid, risicotaxatie en risicomanagement.

7 Inhoud van de behandeling

7.1 *Behandelprogramma*

KIB's bieden individuele, persoonsgerichte zorg. Tijdens het verblijf op de KIB volgt de cliënt een intensief en individueel behandelprogramma dat samen met hem wordt samengesteld. Het behandelprogramma bestaat uit verschillende onderdelen die samen een geïntegreerd geheel vormen. De KIB's bieden een ruime keuze aan vaktherapieën, arbeids- en dagbestedingsmogelijkheden welke ondersteunend zijn bij het behalen van de individuele behandeldoelen van de cliënt. De behandeling is gericht op zowel het bestrijden van de symptomen als op verbetering van het functioneren van de cliënt. Voorbeelden van behandeldoelen zijn:

- vergroten van zelfredzaamheid;
- versterken gevoel van eigenwaarde;
- emotieregulatie en impulscontrole;
- verantwoordelijkheid nemen voor eigen gedrag/gedragsbeheersing;
- omgaan met sociale regels;
- samenwerken met anderen;
- vinden van een toereikende dagstructuur.

7.2 *Groepsaanbod en individuele programma's*

Afhankelijk van de problematiek en de draagkracht van de cliënt wordt een meer individuele dan wel groepsgerichte benadering gehanteerd. Bij de groepsgerichte benadering vinden de dagelijkse activiteiten vooral in groepsverband plaats en is er meer interactie tussen de cliënten. Er worden hogere eisen gesteld aan de zelfstandigheid en eigen verantwoordelijkheid van de cliënt. Binnen de gesloten settings wordt er veel structuur, toezicht en veiligheid geboden. Verantwoordelijkheden voor bijvoorbeeld medicatie en hygiëne worden zo nodig overgenomen door het personeel van de KIB. Indien mogelijk nemen de cliënten deel aan het groepsprogramma binnen de gesloten setting. In het andere geval worden cliënten individueel benaderd en volgen zij een individueel kamerprogramma. Voor cliënten die net op de KIB zijn geplaatst of snel

overprikkeld raken, is een individueel kamerprogramma in eerste instantie het meest aangewezen. In de behandelbesprekingen wordt telkens geëvalueerd of iemand in aanmerking kan komen voor het groepsprogramma en of het mogelijk is om de cliënt gaandeweg meer (vak)therapie aan te bieden.

7.3 *Therapie- en activiteitenaanbod*

Cliënten volgen zowel een therapeutisch als een dagactiviteitenprogramma, waarbij de onderlinge verhouding per cliënt kan verschillen en wordt afgestemd op onder andere de fase van behandeling en de belastbaarheid van de cliënt.

Het behandelaanbod is divers en bestaat onder meer uit:

- sociotherapie;
- cognitieve gedragstherapie (pre-therapie);
- traumabehandeling;
- creatieve therapie, dramatherapie en psychomotorische therapie;
- arbeidstherapie;
- familietherapie en systeemgesprekken.

De therapieën die worden ingezet worden welbewust gekozen en moeten aansluiten op de vastgestelde behandeldoelstellingen. De cliënt heeft zelf stem in de keuze van therapieën, met meer of minder aansporing van de begeleiders.

7.4 *Pre-therapie*

Het verblijf op de KIB is per definitie tijdelijk. Daarom is het meestal niet haalbaal om een zeer intensieve therapie te starten, de tijd schiet daarvoor tekort. In veel gevallen krijgen cliënten 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. In de verschillende KIB's worden verschillende methoden gehanteerd zoals 4G-therapie (gebeurtenis, gedachte, gevoel, gedrag) of de Dawsonmethode (relationeel gericht). Los van de methode wordt het accent gelegd op de persoon zelf, los van de stoornis.

Naast bovenstaande therapieën is er een ruim aanbod aan trainingen zoals:

- omgaan met verslaving;
- vaardigheids- en assertiviteitstrainingen;
- agressietrainingen;
- psycho-educatie;
- emotieregulatie en schematherapie.

Al naar gelang de mogelijkheden van de cliënt worden de behandelingen en activiteiten individueel dan wel in groepen aangeboden. 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 o.a. sport, handvaardigheid, tuinactiviteiten en computergebruik. Ook kunnen cliënten gebruik maken van trajectbegeleiding en educatie of scholing.

7.5 *Verslaving*

Veel cliënten die worden opgenomen op de KIB hebben (een verleden van) verslavingsproblematiek. Verslavingsbehandeling maakt in dat geval structureel deel uit van het behandelaanbod. Per cliënt wordt een individueel behandelbeleid bepaald, waarbij de doelen worden afgestemd op de fase waarin de cliënt zich bevindt. Soms is opname op een detox-afdeling noodzakelijk 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 cliënten 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 cliënten positieve, niet-verslavingsgebonden bekrachtigers aan te reiken waar zij plezier aan ontlenen, dit om tegenwicht te bieden aan negatieve, verslavingsgerelateerde triggers en bekrachtigers. Bij CRA wordt gezocht naar

positieve omgevingsfactoren die betekenis hebben voor de cliënt, zoals werk of een andere manier van dagbesteding.
KIB Eindhoven kan een beroep doen op het Dubbele-Diagnose consultatieteam van De Woenselse Poort.

7.6 *Veiligheid en de-escalerend werken*

Kenmerkend voor de KIB's is de grote aandacht voor veiligheid van cliënten, medecliënten en personeel. Vroegsignalering speelt hierin een belangrijke rol. Er wordt gewerkt met signaleringsplannen met bijbehorende interventies om escalaties te voorkomen. Deze plannen zijn zeer belangrijk in de dagelijkse begeleiding en behandeling. Medewerkers moeten alert en sensitief zijn voor signalen van onrust en onvrede en de kunst verstaan om hier goed op in te spelen en escalaties te voorkomen. Ook in de therapieën wordt hierop ingespeeld, dit om cliënten vaardiger te maken negatieve gevoelens om te buigen en adequater gedrag te vertonen. Alle medewerkers zijn 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 cliënten naderhand 1-op-1 begeleiding geboden om zo snel mogelijk het contact te herstellen.
Vrijheden worden per cliënt bepaald. Ondanks alle preventieve maatregelen kan het voorkomen dat de veiligheid van de cliënt, de medecliënten 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.

8 Toekomst KIB

8.1 *Succesfactoren en speerpunten voor de toekomst*

De KIB's in Nederland bieden een hoogwaardige en specialistische behandelfunctie. Verwijzers geven zonder uitzondering aan dat zij uitermate tevreden zijn met het werk dat verricht wordt door de KIB's. Cliënten komen tot rust en knappen zienderogen op. Zij hebben veel baat bij de intensieve behandeling die hen wordt geboden. Wat zijn nu de specifieke kenmerken en de succesfactoren van de KIB? In het onderstaande lichten we een aantal kenmerken uit en noemen we een aantal speerpunten.

8.2 *Behandelvisie en methodiek*

Bij alle KIB's staat het toewerken naar eigen regie en verantwoordelijkheid centraal. Voorop staat dat cliënten in staat moeten worden gesteld om meer grip te krijgen op hun eigen leven en daaraan meer richting te kunnen geven, in plaats van uitsluitend geleid te worden door negatieve emoties. Het versterken van de competenties van cliënten en het bieden van structuur en veiligheid zijn belangrijke elementen in de behandelmethodiek. Op consequente wijze wordt invulling gegeven aan het behandelplan en zo ook wordt consequent uitvoering gegeven aan dit plan. Een sterk punt is de aandacht voor methodische behandeling en ondersteunende therapieën daarbij. De mate waarin de KIB's hun visie en methodiek hebben uitgewerkt, varieert. Ook zijn er accentverschillen, bijvoorbeeld ten aanzien van verslavingsbehandeling die meer of minder aandacht krijgt.

8.3 *Veiligheid, signalering en voorkomen van ontwrichting*

Zoals eerder aangegeven is de aandacht voor veiligheid een onderscheidend kenmerk van de KIB's. Op alle KIB's is er veel aandacht voor vroegsignalering en preventieve maatregelen ter voorkoming van escalaties. Medewerkers zijn erop getraind om escalaties te voorkomen en hierop in te grijpen om erger te voorkomen. Het methodisch werken met signaleringsplannen en

preventieplannen is essentieel. Ook zijn zij getraind om op adequate wijze om te gaan met ontwrichting en ontregeling, zodanig dat cliënten niet worden afgewezen maar daarentegen ondersteuning krijgen om zichzelf weer te hervinden. Het gaat erom dat cliënten weer in balans raken en stabiel kunnen functioneren. Er wordt een appel gedaan op de sterke krachten van iedere cliënt persoonlijk. De laatste jaren zijn hierin belangrijke vorderingen gemaakt. Lag het accent eerder op beheersing van problemen, nu staat de persoonsgerichte benadering centraal.

8.4 *Consultatie en kennisdeling*

De KIB's hebben ieder afzonderlijk maar ook gezamenlijk een bijzondere expertise. Deze expertise is zeer waardevol voor de verwijzende instellingen maar ook voor andere organisaties die tegen vergelijkbare problemen aanlopen. Zo hebben de HIC's (High Intensive Care) dikwijls te maken met cliënten die sterk ontregeld zijn en waarbij het belangrijk is om het gedrag te stabiliseren. Ook afdelingen met chronische cliënten met ernstige psychische aandoeningen (EPA) komen vergelijkbare cliënten tegen. Verder lopen ggz-instellingen vaak vast bij de behandeling en begeleiding van LVB-cliënten. Met name KIB Trajectum heeft hier veel deskundigheid in ontwikkeld. De KIB's kunnen in verschillende opzichten hun consultatiefunctie versterken en uitbreiden. De aard en omvang van de consultatiefunctie verschilt per KIB. Het verder uitbouwen van de consultatiefunctie is een gemeenschappelijke ambitie. Daarbij kan bijvoorbeeld gebruik gemaakt worden van videoconferenties om hulpverleners gemakkelijker te betrekken bij de behandeling.

8.5 *Een goed afgestemde zorgketen*

Voor een sluitende zorgketen is het belangrijk dat de KIB's korte lijnen onderhouden met de instellingen waar cliënten terug worden geplaatst en dat de betreffende afdelingen optimaal betrokken worden bij de behandeling. Voor veel cliënten heeft een terugplaatsing veel impact omdat zij merken dat er cultuurverschillen zijn tussen de KIB en de 'reguliere' ggz-instelling. Om de overdracht zo geruisloos mogelijk te laten verlopen is het belangrijk om na

afloop van de KIB-behandeling een goed consultatietraject te bieden, desgewenst met coaching op locatie. Het verbeteren van de nazorg en het samen met andere partners creëren van een goede, sluitende zorgketen is een gezamenlijk speerpunt van de KIB's. Het is verder belangrijk te voorkomen dat 'lastige' cliënten telkens heen en weer worden geschoven omdat de behandeling ontoereikend is of omdat er geen passende vervolgvoorziening te vinden zijn. De oplossing zou enerzijds kunnen liggen in het creëren van nieuwe uitstroomvoorzieningen (zoals een LIZ of specifieke woonvoorzieningen voor mensen met persoonlijkheidsstoornissen of SGLVG), anderzijds in het investeren in ambulante (na)zorg en outreachend werken. Hierdoor neemt de doorstroom toe en kunnen meer cliënten in hun eigen omgeving ambulant behandeld worden. De expertise van de KIB's kan ook in het ambulante werkveld van veel betekenis zijn.

8.6 *Onderzoek*

Om de resultaten van de KIB inzichtelijk te maken is het belangrijk om meer te investeren in wetenschappelijk onderzoek: laten zien welke cliënten je in huis hebt, inzicht geven in de in- en uitstroom en aantoonbaar maken dat behandeling op de KIB effect heeft (Routine Outcome Monitoring). De ontwikkeling van veldnormen en mede op basis daarvan het verrichten van resultaatmetingen (ROM) en benchmarking zijn eveneens belangrijk. Zo ook kan in de toekomst gekeken worden naar kosteneffectiviteit.
Tevredenheidsonderzoek onder cliënten en verwijzerstevredenheidsonderzoek (VTO) zijn eveneens punten van aandacht opdat de mening van cliënten en verwijzers wordt meegenomen in de toekomstige ontwikkelingen.

9 Tot besluit

In dit boekje is een schets gegeven van het werk dat verricht wordt door de vijf klinieken voor intensieve behandeling in Nederland. Er zijn veel thema’s besproken die landelijk volop in de belangstelling staan, zoals bijvoorbeeld: healing environment en gastvrije zorg, persoonsgericht handelen, de-escalerend werken, voorkomen van dwang en drang. Deze thema's zullen de komende jaren niet aan betekenis inboeten, integendeel. De KIB's dragen bij aan werkontwikkeling en methodiekontwikkeling en zullen voor de komende jaren een gezamenlijke agenda opstellen voor het ontwikkelen van veldnormen, prestatie-indicatoren en kennisdeling met andere organisaties.

Contactgegevens

KIB Inforsa
Michiel Morshuis en Elvira van Wirdum
Vlaardingenlaan 5
1059 GL Amsterdam
opnameklinischintensief@inforsa.nl

CIB Palier
Tony Bloemendaal en Pia Beeltje
Fenny ten Boschstraat 23
2553 PT Den Haag
Secretariaatcib-trtc@palier.nl

KIB Eindhoven
Loretta van der Stam, Thea van Riel en John Cuijpers
Dr. Poletlaan 40
5626 ND Eindhoven
kib@dewoenselsepoort.nl

KIB Trajectum
Margriet Storms en Jan Schotsman
Boijlerstraat 4
8387 XN Boschoord
aanmelden@trajectum.info

KIB Van der Hoeven Kliniek
Martijn Helmerhorst en Josee Bos
Willem Dreeslaan 2
3515 GB Utrecht
info@hoevenkliniek.nl

VAN DER HOEVEN KLINIEK KIB

Palier forensische & intensieve zorg

Inforsa

trajectum

DE WOEN SELPOORT

Trimbos instituut