

De begeleiding van jongeren binnen een beschermde woonvorm van de RIBW Arnhem en Veluwe Vallei.



***Richard Pardijs
Juni 2010
Hogeschool Windesheim, SPH***

De begeleiding van jongeren binnen een beschermde woonvorm van de RIBW Arnhem en Veluwe Vallei.

Afstudeeronderzoek Major 6 SPH Windesheim te Zwolle

Code: SWSP62OND

Naam: Richard Pardijs

Studentnummer: 1002564

Klas: MAD6SP01

Docent: Han Dekker

Werkplek: RIBW Arnhem & Veluwe Vallei

Opdrachtgever: Aart Koopmans Regiohoofd RIBW Arnhem en Veluwe Vallei

Regiokantoor Arnhem Centrum

Roermondsplein 20-3

6811 JN Arnhem

Werkbegeleider: Louis Nienhuis

Samenvatting;

Dit onderzoek is uitgevoerd binnen de RIBW Arnhem en Veluwe Vallei, en richt zich op de jongeren van locatie 'De Kromme Elleboog'. Vanaf 2006 blijkt dat steeds meer jongeren/ jong volwassenen (< 30 jaar) gebruik maken van beschermd wonen binnen de RIBW Arnhem en Veluwe Vallei.

In 2003 woonden er 25 jongeren onder de 30 jaar binnen de RIBWAVV, in 2010 is dit aantal reeds gestegen tot 90. Zie bijlage 1.

Dit is een stijging van 260 %. De verwachting is dat het aantal jongeren in 2015 gestegen zal zijn tot 130.

Jongeren worden verwezen vanuit de GGZ en vanuit jeugdzorgplus. De groep jongeren vanuit jeugdzorgplus wordt geleidelijk groter. Uit ervaring van de begeleiding blijkt dat vooral jongeren die verwezen worden vanuit jeugdzorgplus een grote kloof ervaren tussen de beslotenheid vanuit jeugdzorgplus en de eigen verantwoordelijkheid die van hen verwacht wordt binnen een beschermde woonvorm van de RIBW.

De volgende onderzoeksvraag staat hierbij centraal;

In hoeverre zijn jongeren die worden doorgeplaatst vanuit jeugdzorgplus te begeleiden binnen een beschermde woonvorm van het RIBW, locatie Kromme Elleboog ?

Een antwoord op de vraag is gezocht door het uitvoeren van literatuurstudie, dossieronderzoek en interviews gericht op o.a. de mate van zelfstandigheid en motivatie van de jongeren.

Ik heb getracht de kloof tussen Jeugdzorgplus en een beschermde woonvorm binnen de RIBW te beschrijven en te verklaren.

Het is niet het doel van dit onderzoek om met een verwijtende vinger te wijzen richting jeugdzorg of richting team de Kromme Elleboog, maar te signaleren waardoor deze jongeren deze kloof ervaren. Verder is in beeld gebracht tegen welke problemen het team aanloopt in de begeleiding van de jongeren die instromen vanuit een jeugdzorgplus instelling.

Uit de literatuurstudie is naar voren gekomen dat jongeren die kampen met een gedragsstoornis gebaat zijn bij begeleiding die duidelijke grenzen stelt en maatregelen treft om grensoverschrijdend gedrag te stoppen.

Vanuit de theorie blijkt ook dat vooral jongeren, die kampen met een combinatie van ADHD en een gedragsstoornis, moeilijk te begeleiden zijn binnen de RIBW.

Enerzijds heeft dit te maken met hetgeen deze jongeren in het verleden hebben geleerd qua zelfstandigheid en op welke manier ze gemotiveerd werden, anderzijds met de psychiatrische problematiek van de jongere.

De jongeren afkomstig vanuit jeugdzorgplus hebben een lang traject in de hulpverlening achter de rug en zijn nooit geleerd zelfstandige en evenwichtige keuzes te maken. Dit hebben ze in de thuissituatie nooit meegekregen en door hun problematiek zijn ze niet in staat de gevolgen van hun handelen in te zien.

Daar komt bij dat in de hulpverlening, voordat ze binnen de RIBW kwamen wonen, weinig aandacht is geweest om deze vaardigheden te trainen.

Daarnaast gaat men binnen de RIBW uit van een bepaalde mate van zelfstandigheid en intrinsieke motivatie van de cliënt terwijl in het voortraject bij de jongeren vooral sprake was van extrinsieke motivatie middels sancties en beloningen.

Het verschil tussen intrinsieke en extrinsieke motivatie en het verschil in de manier waarop begeleiders met jongeren omgaan verklaart de kloof die de jongeren ervaren tussen de RIBW en jeugdzorgplus.

Juni 2010

Inhoudsopgave	Pagina
Samenvatting	3
Inhoudsopgave	4
Voorwoord	6
Hoofdstuk 1; Aanleiding tot onderzoek	
- 1.1 Inleiding	7
- 1.2 RIBW Arnhem en Veluwe Vallei	7
- 1.3 Algemene werkwijze	8
- 1.4 Probleemstelling	9
- 1.5 Casussen	10
- -Casus John	11
- -Casus Mark	12
- 1.6 Onderzoeksvraag	13
- 1.7 Doelstelling	13
- 1.8 Deelvragen	14
Hoofdstuk 2; Onderzoeksmethode	
- 2.1 Inleiding	15
- 2.2 Onderzoeksmethode	15
Hoofdstuk 3; Achtergrondinformatie	
- 3.1 Inleiding	17
- 3.2 Rehabilitatiegericht Handelen	17
- 3.3 Tien uitgangspunten voor een integrale rehabilitatiebenadering	19
- 3.4 Jeugdzorgplus	20
- 3.4.1 De Sprengen in Zutphen en Wapenveld (Avenier)	22
- 3.4.2 OGH Zetten	23
- 3.5 Methodiek jeugdzorgplus	23
Hoofdstuk 4; Ziektebeelden	
- 4.1 Inleiding	24
- 4.2 ADHD	24
- 4.3 ODD/ CD	24
- 4.4 Borderline	25

Hoofdstuk 5; Beantwoording deelvragen	Pagina
- 5.1 Inleiding	26
- 5.1.1 Verklaring toename jongeren binnen de RIBWAVV.	27
- 5.1.2. Voorkomende psychiatrische problematiek onder jongeren die verwezen worden vanuit Jeugdzorgplus.	28
- Stoornis of gedragsprobleem	
- Gevolgen ziektebeelden en gedrag	
- Wat vraagt dit gedrag van de begeleiding ?	
- 5.1.3 Begeleiding jongeren binnen jeugdzorgplus.	31
- 5.1.4. Vertaling van visie en methodiek binnen de RIBW naar de manier van begeleiden bij jeugdzorgplus jongeren.	32
- 5.1. 5. De problemen die het team ervaart in de begeleiding	34
 Hoofdstuk 6 Conclusies en aanbevelingen	
- 6.1 Conclusies	35
- 6.2 Aanbevelingen	36
- 6.3 Overige aanbevelingen	37
 Literatuurlijst	37
Praktijkbronnen	38
 Bijlage 1 :Grafiek toename jongeren RIBW	39
Bijlage 2 :Vragenlijst medewerkers Kromme Elleboog	40
Bijlage 3: Onderwerpenlijst medewerkers jeugdzorgplus	41
Bijlage 4:	
- ADHD,	42
- CD/ODD,	44
- Borderline.	46

Voorwoord

Voor u ligt het eindrapport van het onderzoek dat is uitgevoerd als afstudeeropdracht voor Hogeschool Windesheim te Zwolle, opleiding SPH/ GGZ agoog.

In hoofdstuk 1 van dit rapport staat de aanleiding tot het onderzoek beschreven. In dit hoofdstuk vindt u informatie over de visie en de werkwijze van de RIBW Arnhem en Veluwe Vallei, vervolgens volgt de probleemstelling die verduidelijkt wordt door twee casussen.

Vanuit de probleemstelling en de casussen wordt het de lezer duidelijk waarom ik tot deze onderzoeksvraag ben gekomen. Tenslotte vindt u in hoofdstuk 1 de deelvragen, die de rode draad vormen van het onderzoek.

In hoofdstuk 2 vindt u informatie over de manier waarop het praktijk onderzoek is uitgevoerd.

In hoofdstuk 3 vindt u achtergrondinformatie over de gehanteerde methodiek binnen de RIBW, uitleg over Jeugdzorgplus en de instellingen van waaruit de jongeren zijn doorgestroomd richting de RIBW.

In hoofdstuk 4 ga ik dieper in op de psychiatrische problematiek van de doelgroep en volgt een korte uitleg over de ziektebeelden.

In hoofdstuk 5 komt de beantwoording van de deelvragen aan de orde. Bij de beantwoording van de deelvragen komen tussentijdse conclusies naar voren die het verhaal duidelijker maken.

Deze tussentijdse conclusies zijn samengevoegd in hoofdstuk 6 en hieruit vloeien de aanbevelingen.

Ik wens u veel leesplezier.

Richard Pardijs

Hoofdstuk 1 Aanleiding tot onderzoek:

- 1.1 Inleiding

In dit hoofdstuk staat de organisatie, doelgroep en methodiek van de RIBW Arnhem en Veluwe vallei beschreven. Vervolgens wordt de probleemstelling beschreven en verduidelijkt door twee casussen. Tenslotte komen in dit hoofdstuk de onderzoeksvraag, doelstelling en deelvragen aan de orde.

- 1.2 RIBW Arnhem en Veluwe Vallei

RIBW's (Regionale Instelling voor Beschermd Wonen) zijn ontstaan in de periode van de vermaatschappelijking van de psychiatrie. Mensen die langdurig opgenomen waren in een psychiatrisch ziekenhuis, maar 'uitbehandeld' waren, werden uitgeplaatst naar een beschermende woonvorm. Het ging daarbij over het algemeen om mensen van wat oudere leeftijd.

De RIBW Arnhem & Veluwe Vallei is er voor mensen met een psychiatrische beperking. De RIBW biedt cliënten met een psychiatrische achtergrond of ernstige psychosociale problemen een veilige plek om te wonen. Ook begeleidt de RIBW hen om zo zelfstandig mogelijk te wonen en leven. Naast het 'reguliere' zorgaanbod heeft de RIBW voor bepaalde doelgroepen een specifiek aanbod.

Deze doelgroepen zijn:

- mensen met een stoornis in het autisme spectrum (ASS);
- mensen met Korsakov;
- mensen vanuit het forensisch psychiatrische circuit;
- doven en slechthorenden met psychiatrische problemen;
- asielzoekers met psychiatrische problemen;
- jongeren met psychiatrische problemen;
- ouderen met psychiatrische problemen;
- mensen met niet aangeboren hersenletsel;
- Anders Wonen voor mensen met grote leefproblemen.

Visie:

Cliënten voeren bij de RIBW Arnhem & Veluwe Vallei zelf de regie over hun leven. De zorgvraag en wensen van de cliënt zijn het vertrekpunt: wat heeft die cliënt nodig om zijn eigen doelen te verwezenlijken, wát vraagt hij nu eigenlijk? We steunen hen om hun sterke kanten verder te ontwikkelen. De nadruk in de benadering ligt op hetgeen de cliënt kán. Wij richten ons op het vergroten van de mogelijkheden die cliënten hebben. Daartoe handelen wij onconventioneel: is ons aanbod géén antwoord op de vraag van de cliënt, dan zoeken wij naar alternatieven.

Wij willen cliënten vanuit een gelijkwaardige relatie ondersteunen om hun leven naar eigen opvattingen en zo zelfstandig mogelijk in te richten. Daarbij brengen wij onze vakkennis en de gekozen methodiek van rehabilitatiegericht werken in.

Alleen in de relatie waarbij cliënt en diens begeleider elkaar vertrouwen, is die balans mogelijk.

De RIBW Arnhem & Veluwe Vallei werkt op basis van de Rehabilitatiebenadering. Werken vanuit de Integrale Rehabilitatie Benadering betekent: cliënten ondersteunen bij het vasthouden en verbeteren van de kwaliteit van hun leven. Twee vragen zijn hierbij van belang: wat is nodig om de dingen die nu goed gaan vast te houden én wat is nodig om in de toekomst méér kwaliteit van leven te hebben. Het gaat er bij alle bewoners of cliënten om rekening te houden met hun specifieke mogelijkheden en beperkingen.

De rehabilitatiebenadering gaat uit van een holistische visie: elk mens is een uniek individu met een eigen levensgeschiedenis en een eigen zingeving. Het geheel is altijd meer dan de som van de delen. Dit geldt voor alle mensen, dus ook voor mensen met (psychiatrische) handicaps, en met cognitieve en communicatieve beperkingen.

Werken vanuit deze benadering betekent dan: proberen om die bovengenoemde deelaspecten in hun samenhang te zien: hoe hangen wensen van cliënten samen met hun levensverhaal, welke rol speelt de (specifieke) kwetsbaarheid hierin, hoe gaan ze om met het verlies dat het hebben van een psychiatrische stoornis met zich meebrengt, welke rol spelen omgevingsfactoren?

Rehabiliterend omgaan met mensen met psychiatrische problemen betekent in eerste instantie het aangaan van een zoektocht : wie is deze mens, wat 'bezielt' hem of haar, hoe beïnvloeden de gevolgen van de psychische problemen de kwaliteit van leven. Welke vorm van ondersteuning, begeleiding en behandeling draagt bij aan de kwaliteit van leven zoals deze voor de cliënt zelf belangrijk is?

Als al deze aspecten zijn onderzocht kan worden gekeken welke van deze zaken in het hier-en-nu spelen, en welke betrekking hebben op een langer tijdsperspectief.

(Wilken, J.P. en D. den Hollander, 2002).

- 1.3 Algemene Werkwijze

Instroom:

Cliënten kunnen zich alleen aanmelden na een verwijzing door hun behandelaar of huisarts. Ook hebben zij een indicatie nodig van het Centrum Indicatiestelling Zorg (CIZ). Voor jongeren onder 18 jaar is een indicatie van Bureau Jeugdzorg nodig.

Het eerste contact tussen belangstellende cliënt en ons verloopt altijd via ons Voordeurteam.

Begeleiding:

Binnen het RIBW krijgen cliënten de begeleiding en de ruimte om op hun eigen manier en zo zelfstandig mogelijk te leven. Iedere cliënt heeft zijn eigen persoonlijk begeleider. Zij maken samen afspraken over de ondersteuning van de cliënt. Dit zijn afspraken over hoe vaak de persoonlijk begeleider langs komt, wat hij wel of niet doet voor de cliënt en hoe te handelen als de cliënt onverhoopt een crisis doormaakt.

Begeleidingsplan:

In het begeleidingsplan wordt vastgelegd welke doelen de cliënt heeft. Dit kunnen doelen zijn op het gebied van zelfredzaamheid, wonen, vrienden- en kennissenkring of dagbesteding. De persoonlijk begeleider steunt de cliënt om deze doelen te halen. Ieder half jaar wordt het begeleidingsplan samen geëvalueerd. Hiervan wordt een evaluatieverslag gemaakt.

Persoonlijk dossier:

In het persoonlijk dossier komt alle informatie over de cliënt bij elkaar. De persoonlijk begeleider houdt het dossier bij, de cliënt kan het altijd inzien.

De privacy van de cliënt vinden wij belangrijk. We hebben in een reglement bepaald hoe we omgaan met persoonlijke gegevens en privacy.

Beschermd Wonen:

In deze woonvorm leeft de cliënt met anderen zo gewoon mogelijk in een huis in een gewone buurt in een gewone straat. De bewoners delen samen een woonkamer, keuken, badkamer en toilet en de tuin, het terras of balkon. Iedere bewoner heeft een eigen zit-slaapkamer. Er zijn woningen voor groepen van 3, 4 of 6. Er zijn ook eenpersoonswoonruimten waar Beschermd Wonen mogelijk is.

Bij Beschermd Wonen zijn onze medewerkers vrijwel dagelijks aanwezig om ondersteuning te bieden. Er is 's nachts altijd minimaal een medewerker bereikbaar.

Cliënten komen in aanmerking voor deze vorm van beschermd wonen wanneer zij geen intensieve behandeling meer nodig hebben, maar wel behoefte hebben aan een woonplek met specifieke begeleiding op het gebied van wonen, leren, werken en vrije tijd. Er is veel aandacht voor het ontwikkelen van de vaardigheden die de cliënt nodig heeft om in de toekomst zelfstandig te kunnen wonen.

Binnen de RIBW zijn twee locaties waar beschermd wonen voor jongeren (<30 jaar) wordt aangeboden, namelijk; Arnhem Presikhaaf en Arnhem centrum, locatie De Kromme Elleboog.

Kromme Elleboog:

Locatie de Kromme Elleboog is een pand midden in het (uitgaans) centrum van Arnhem waar ruimte is voor zeventien jongeren om beschermd te wonen. Jongeren die wonen op de Kromme Elleboog stromen in vanuit de GGZ, maar ook vanuit jeugdzorgplus. De leeftijd van de jongeren varieert van negentien tot en met zevenentwintig jaar. De psychiatrische ziektebeelden die voorkomen onder de jongeren zijn divers. Op het moment van het onderzoek wonen er vijftien jongeren. Het streven is om zoveel mogelijk jongeren richting zelfstandig wonen en/of begeleid zelfstandig wonen (BZW) te laten uitstromen.

De Kromme Elleboog bestaat uit drie verdiepingen, elke verdieping bestaat uit zes zit-slaapkamers waarvan er een is omgebouwd tot kantoor voor het team. Het team bestaat uit 11 medewerkers, waaronder een stagiaire en twee medewerkers in opleiding. De leeftijd van de medewerkers varieert van 26 tot en met 49 jaar. De gemiddelde leeftijd van de medewerkers is 32 jaar.

- 1.4 Probleemstelling:

Vanaf 2006 blijkt dat steeds meer jongeren/ jong volwassenen (< 30 jaar) gebruik maken van beschermd wonen binnen de RIBW Arnhem en Veluwe Vallei. In 2007 woonden er 25 jongeren onder de 30 jaar binnen de RIBWAVV, in 2010 is dit aantal reeds gestegen tot 90. (Zie bijlage 1). Dit is een stijging van 260 %. De verwachting is dat het aantal jongeren < 30 jaar in 2015 gestegen zal zijn tot 130.

Uit bijlage 1, grafiek 2 blijkt dat in 2003 de procentuele bezetting binnen beschermd wonen van jongeren nog 7% bedraagt, tot 2010 is er een stijging waar te nemen (tot 23%) en vanaf 2010 gaat het aantal explosief omhoog. In 2015 bedraagt het percentage beschermd woonplekken dat door jongeren wordt ingevuld naar verwachting 35%.

Jongeren worden verwezen vanuit de GGZ en vanuit jeugdzorgplus. Uit ervaring van de begeleiding blijkt dat vooral jongeren die verwezen worden vanuit jeugdzorgplus een grote kloof ervaren tussen de beslotenheid vanuit jeugdzorgplus en de eigen verantwoordelijkheid die van hen verwacht wordt binnen een beschermde woonvorm van de RIBW.

Daarnaast stelt de leeftijdsfase van de doelgroep specifieke eisen aan de woonvoorzieningen. Adolescenten en jongvolwassenen, ook met psychiatrische problematiek, hebben ruimte nodig om te kunnen experimenteren; met alcohol, drugs, relaties en opleiding en werk. Wanneer er sprake is van psychiatrische problematiek is er ook vaak sprake van een ontwikkelingsachterstand. Daardoor lijken twintigers nog te puberen. (Zewuster 2003).

Het onderzoek richt zich op locatie De Kromme Elleboog in Arnhem Centrum. Voor dit onderzoek richt ik me op de jongeren die geplaatst zijn vanuit jeugdzorgplus.

Er is gekozen voor deze doelgroep doordat uit ervaring blijkt dat vooral jongeren vanuit jeugdzorgplus kampen met problemen die voort lijken te komen uit een tekort aan zelfstandigheid en een gebrek aan intrinsieke motivatie.

Voor deze jongeren lijkt de overgang van jeugdzorgplus naar een open woonvoorziening in Arnhem Centrum te groot.

Mede door de overgang van beslotenheid naar een open woongroep en de verleidingen die de locatie, midden in het uitgaanscentrum van Arnhem, met zich mee brengt, maakt dat het team veel problemen ervaart in de begeleiding van deze jongeren.

De problemen waar de jongeren mee kampen binnen locatie 'De Kromme Elleboog' zoals; de grote mate van vrijheid/ zelfstandigheid waar ze mee geconfronteerd worden, het missen van een strak dagschema en de problemen waar dit team tegenaan loopt, vraagt de regiomanager zich af in hoeverre deze jongeren te begeleiden zijn binnen de RIBW. De problemen waar het team tegenaan loopt bestaan uit; drugs en alcoholgebruik onder de jongeren, dag en nachtritme omdraaien, niet nakomen van afspraken en het feit dat deze jongeren moeilijk te motiveren zijn tot het werken aan de begeleidingsdoelen.

De begeleiding van deze jongeren vraagt waarschijnlijk een andere aanpak van het team, dan dat de oorspronkelijke doelgroep vroeg. De oorspronkelijke doelgroep bestaat uit mensen met een psychiatrische achtergrond of ernstige psychosociale problemen die langdurig opgenomen zijn geweest in een psychiatrisch ziekenhuis, maar 'uitbehandeld' zijn.

Deze mensen wordt een veilige plek om te wonen aangeboden. Ook begeleidt de RIBW hen om zo zelfstandig mogelijk te wonen en leven.

Door de enorme toename van het aantal jongeren dat wordt aangemeld, heeft dit onderwerp de aandacht binnen het managementoverleg

- 1.5 Casussen:

Om de probleemstelling te verduidelijken zijn in deze alinea twee casussen toegevoegd van jongeren die vanuit jeugdzorgplus naar de Kromme Elleboog doorgestroomd zijn. Het begrip jeugdzorgplus staat in hoofdstuk 3.4 beschreven.

Beide casussen beschrijven de situatie bij binnenkomst en het verloop van het wonen binnen de Kromme Elleboog.

Uit de casussen blijkt dat de beschreven jongeren alleen met korte termijn plannen bezig zijn. Ze houden zich niet bezig met een planning voor de toekomst. Ook bij deze jongeren zijn begeleidingsplannen opgesteld waarin doelen zijn gesteld. Aan deze doelen dient door de jongere gewerkt te worden.

De begeleidingsplannen zijn in samenspraak met de jongeren opgesteld, de jongeren hebben ze ondertekend, maar vervolgens gaan ze helemaal hun eigen gang. Doordat binnen de RIBW niet gewerkt wordt met sanctioneren en belonen, heeft het voor de jongere weinig consequenties indien hij de afspraken niet nakomt. Vanuit de setting waar de jongere vandaan komt had het niet nakomen van afspraken wel consequenties. Binnen de RIBW volgt er, na het niet nakomen van afspraken, een gesprek waarin de jongere wordt gewezen op zijn verantwoordelijkheden. Dit blijkt weinig indruk te maken, zoals te lezen in de casussen, waardoor de begeleiding de grip steeds meer verliest. Het resultaat is dan ook dan na verscheidene gesprekken en officiële waarschuwingen de begeleiding is stopgezet.

- Casus John:

Inleiding:

Deze casus gaat over John*. Hij is een negentienjarige jongeman. Hij draagt meestal sportschoenen, spijkerbroek, sportjasje en een pet. Hij heeft de basisschool afgerond en het VMBO gestart op een ZMOK school binnen De Sprengen te Zutphen en Wapenveld. Hij is geplaatst op De Sprengen met een OTS* maatregel. VMBO niet afgerond.

OTS*: Onder Toezichtstelling

Kenmerken bij binnenkomst:

John is een jongen met ADHD, bedreigde persoonlijkheidsontwikkeling en een gedragsstoornis met beperkte gewetensfunctie. Hij heeft binnen verschillende instellingen verbleven voordat hij vanuit De Sprengen in Wapenveld binnen het RIBW werd geplaatst. Door zijn complexe problematiek heeft hij een ZP 5* indicatie.

Verloop binnen de Kromme Elleboog:

John houdt door zijn problematiek geen rekening met gevoelens van anderen, is verbaal kwetsend naar medebewoners en verbaal agressief richting begeleiding. Hij gaat daarbij regelmatig over de grenzen van medebewoners heen. Hij kan fysiek agressief zijn, hij richt zijn agressie hierbij op spullen van het RIBW. Hij vertoont continue grensoverschrijdend gedrag vooral op het gebied van afspraken met begeleiding.

Hij is niet in staat zijn kamer schoon te houden, waardoor zijn leefruimte ernstig verwaarloost. De begeleiding krijgt hem niet gemotiveerd om hier actie in te ondernemen.

De begeleiding heeft middels afsprakenlijsten en het betrekken van het sociale netwerk geprobeerd het verblijf van John te doen slagen. Dit is helaas niet gelukt. John vertoonde regelmatig opstandig en agressief gedrag. Hij luisterde niet naar begeleiding, veroorzaakte veel geluidsoverlast wat veelvuldig klachten van burens heeft opgeleverd.

Vooral op momenten dat begeleiding niet aanwezig was heeft John voor onveilige situaties gezorgd. Hij heeft een luchtdrukpistool binnengebracht en in veel ruimtes in de woning geschoten. De begeleiding is beëindigd en John is overgeplaatst naar een instelling die voorziet in 24 uur begeleiding.

De begeleiding had onvoldoende grip op zijn gedrag waardoor hij steeds meer zijn eigen gang ging. Om deze casus goed af te ronden heeft de RIBW bemiddeld in de overplaatsing. Toch is de moeder van John het met veel zaken omtrent de begeleiding niet eens en ziet ze reden om hierover een klacht in te dienen bij de RIBW.

*John: Fictieve naam

*OTS: Onder Toezichtstelling

*ZP: Een zorgzwaartepakket is een manier om aan te geven welke zorg iemand krijgt die niet langer zelfstandig kan wonen. Het gaat om zorg die noodzakelijk is, en die zo goed mogelijk past. Wie deze zorg nodig heeft, krijgt de indicatie als een ZP.

- Casus Mark:

Inleiding:

Deze casus gaat over Mark*. Mark is een twintigjarige jongeman. Hij draagt veelal een muts, trainingsjack, trainingsbroek en sportschoenen. Mark heeft verschillende opleidingen gevolgd maar geen enkele opleiding met succes afgerond. Hij heeft verschillende baantjes gehad maar is door zijn gedragsstoornis niet in staat om deze te behouden.

Kenmerken bij binnenkomst:

Mark is een jongen met een gedragsstoornis, forse ouder-kind problematiek en een bedreigde persoonlijkheidsontwikkeling met kenmerken van hechtingsproblematiek. Mark gebruikt forse hoeveelheden cannabis. Hij is hier niet voor in behandeling, maar het lijkt dat er sprake is van afhankelijkheid.

Mark is in het verleden geplaatst bij verschillende inrichtingen, waarvan enkele jaren gesloten in een Justitiële jeugdinrichting. De laatste instelling waar hij verbleef is OGH in zetten, waarna hij na een aantal omzwervingen op straat terecht is gekomen. Hij is vanuit een zwervend bestaan bij de RIBW gekomen.

Verloop binnen de Kromme Elleboog:

Mark is een jongen die behoefte heeft aan duidelijke structuur. Indien deze structuur wegvalt of hij wordt overvraagd dan overziet hij de situatie niet en kan deze escaleren. Mark dient door de begeleiding aan de hand te worden genomen om zaken te regelen omtrent de aanvraag van zijn uitkering en het vormgeven van zijn dagbesteding. Hij beschikt zelf niet over de motivatie om hier actie in te ondernemen. De enige zaken die voor Mark belangrijk blijken te zijn, zijn geld en cannabis. Onlangs is er binnen de Kromme Elleboog een aanleiding geweest waardoor Mark compleet door het lint is gegaan en zijn hele huisraad vanaf de derde verdieping op straat heeft gegooid. Vervolgens heeft hij zijn complete kamer gesloopt. We mogen hierbij van geluk spreken dat er niemand onder zijn raam heeft gelopen en er geen ongelukken zijn gebeurd.

Aangezien de RIBW een zorgplicht heeft over Mark en we hem niet op straat kunnen zetten, is besloten hem, naar aanleiding van dit voorval, tijdelijk onder te brengen op een andere locatie. We hebben een periode van een maand afgesproken zodat de RIBW kon zoeken naar een geschikte locatie.

Gedurende deze maand nam de toch al geringe motivatie van Mark steeds verder af. Het was haast niet mogelijk een normaal gesprek met hem aan te knopen. Hij zat vol woede en frustratie. In zijn ogen werden zaken niet snel genoeg geregeld en de schuld hiervoor lag altijd buiten hem zelf. Zijn eigen aandeel hierin was voor hem niet bespreekbaar.

Tijdens zijn verblijf in deze tijdelijke locatie bleek dat hij grote schulden heeft gemaakt in het criminele circuit. Naar aanleiding van deze schulden werd Mark bedreigd. Dit bracht een dermate onveilige situatie met zich mee voor Mark, maar ook voor andere bewoners van de tijdelijke locatie, dat besloten is Mark uit te plaatsen.

Gedurende de periode dat Mark binnen de RIBW heeft gewoond, vanaf Januari 2010 t/m Maart 2010, heeft de begeleiding veel energie in Mark gestoken. Ook zijn reclasseerder en gemeentelijke instanties zijn hier nauw bij betrokken geweest. Dit heeft helaas niet tot het gewenste resultaat geleid.

*Mark; fictieve naam

- 1.6 Onderzoeksvraag:

In hoeverre zijn jongeren* die worden doorgeplaatst vanuit jeugdzorgplus te begeleiden* binnen een beschermde woonvorm van de RIBW, locatie Kromme Elleboog* ?

Begrippen definiëren:

*Jongeren tussen de 18 en 25 jaar, met een psychiatrische achtergrond of ernstige psychosociale problemen.

Psychiatrische achtergrond : ADHD, ODD/CD en Borderline:

ADHD: aandachtstekortstoornis met hyperactiviteit (Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder)

ODD/CD: Oppositioneel-opstandige gedragsstoornis (ODD) en Conduct disorder (CD)

Borderline: Borderline persoonlijkheidsstoornis

(Zie bijlage 5 voor uitgebreide uitleg psychiatrische achtergrond)

Psychosociale problemen: Problemen die te maken hebben met gevoelens en gedachten (psychische problemen), problemen die te maken hebben met andere mensen of instanties (sociale problemen)

*Begeleiding: Richting en sturing geven aan klanten/cliënten/patiënten in het kader van hun hulpvraag en ontwikkeling. Stijl van begeleiden hierbij aanpassen aan de klant/cliënt/patiënt/groep en situatie.
Bron: Handboek GGZ- competenties RIBW Arnhem en Veluwe vallei dec. 2006 PiCompany2009 pagina 8

*Locatie Kromme Elleboog; Een locatie van het RIBW in Arnhem Centrum waar 17 jongeren beschermd kunnen wonen. Op deze locatie is de begeleiding tussen 07.00 en 22.30 uur aanwezig.

- 1.7 Doelstelling:

De doelstelling van dit onderzoek is om de kloof tussen Jeugdzorgplus en een beschermde woonvorm binnen de RIBW te beschrijven en te verklaren. Daarnaast te beschrijven welke problemen de medewerkers van team De Kromme Elleboog ervaren in de begeleiding van jongeren die verwezen worden vanuit jeugdzorgplus en kampen met een psychiatrische achtergrond of ernstige psychosociale problemen.

- **1.8 Deelvragen:**

- 1. Hoe is de toename van het aantal aanmeldingen van jongeren binnen de RIBW te verklaren ?

Vanuit de grafieken in bijlage 1 blijkt dat er een enorme toename van het aantal jongeren binnen de RIBW wordt waargenomen, maar geeft hier geen verklaring voor. Deze deelvraag geeft inzicht in de reden waarom er vanaf 2006 meer aanmeldingen van jongeren zijn gekomen binnen de RIBW Arnhem en Veluwe Vallei.

- 2. Welke psychiatrische problematiek komt voor onder jongeren die verwezen worden vanuit Jeugdzorg ?
 - Wanneer spreken we van een stoornis of een gedragsprobleem ?
 - Welke gevolgen hebben deze ziektebeelden voor het gedrag ?
 - Wat vraagt dit gedrag van de begeleiding ?

Deze deelvraag is gesteld om uit te zoeken of er verschillen zitten in psychiatrische problematiek onder jongeren die verwezen worden vanuit de GGZ en jongeren die verwezen worden vanuit jeugdzorgplus. Indien dit verschil aanwezig is kan er wellicht aangetoond worden of het gedrag te verklaren is vanuit de problematiek. Maar ook dat de ernst van het gedrag dat voortvloeit uit deze ziektebeelden een andere aanpak vergt van de begeleiding.

- 3. Op welke wijze zijn jongeren begeleid vanuit de vorige setting ?

Deze deelvraag is gesteld om inzicht te krijgen in het voortraject dat de jongeren hebben doorlopen voordat ze bij de RIBW komen wonen. Dit voortraject zorgt er voor dat cliënten iets gewend zijn en al of niet geleerd hebben, met consequenties voor de vaardigheden die ze bezitten, de zelfstandigheid, hun houding en hoe ze gemotiveerd worden (werden)

- 4. Hoe wordt de visie en methodiek van de RIBW vertaald naar de manier van begeleiden bij jeugdzorgplus jongeren ?

Deze deelvraag geeft inzicht in de manier waarop de jongeren vanuit de methodiek van de RIBW benaderd worden door de begeleiding op de Kromme Elleboog. Dit zal wellicht aantonen of de methodiek toereikend is voor deze doelgroep of dat er meer agogische aspecten komen kijken bij de begeleiding van deze doelgroep. Hieruit zullen ook de verschillen in begeleiding (deelvraag 3) naar voren komen.

- 5. Tegen welke problemen loopt het team de Kromme Elleboog aan in de begeleiding met jongeren die zijn verwezen vanuit jeugdzorgplus ?

Deze deelvraag is gesteld om inzicht te krijgen tegen welke problemen de teamleden aanlopen in de begeleiding van deze jongeren.

Hieruit zal ook blijken of er overeenkomsten zitten in de ervaringen van de teamleden. Deze ervaringen in, bijvoorbeeld gedrag, zijn dan wellicht te koppelen aan de uitkomst van deelvraag 2.

Hoofdstuk 2

- 2.1 Inleiding:

Dit hoofdstuk geeft inzicht in de opzet, onderzoeksgroep en methode van het onderzoek. De start van dit project vond plaats in januari 2010 met de keuze van het onderwerp. Vanuit het onderwerp is een hoofdvraag geformuleerd en deze heeft geleid tot de deelvragen. Deze hoofd en deelvragen vormen de rode draad binnen mijn onderzoek. Bij het beantwoorden van de deelvragen is gebruik gemaakt van het interviewen van praktijkbronnen, literatuurstudie en dossieronderzoek.

- 2.2 Onderzoeksmethode:

Het onderzoek richt zich op jongeren die wonen op de Kromme Elleboog en die doorgeplaatst zijn vanuit jeugdzorg. Op de Kromme Elleboog wonen vijftien jongeren, hiervan zijn er vier vanuit jeugdzorg doorgeplaatst en elf vanuit de GGZ. Het onderzoek richt zich op deze vier jongeren vanuit jeugdzorg. Het dossieronderzoek is gebruikt om informatie te krijgen welke jongeren vanuit jeugdzorg komen en welke ziektebeelden voorkomen onder deze jongeren.

Het onderzoek bestaat uit literatuurstudie, dossieronderzoek en interviews. De literatuurstudie bestaat uit het bestuderen van theorie uit boeken en internet site's om informatie te verzamelen over de visie en methodiek die wordt gehanteerd binnen de RIBW. Daarnaast om informatie te verzamelen over de ziektebeelden ADHD, ODD/CD en Borderline en de omgang hiermee. Hierbij is gelet op de betrouwbaarheid en de inhoud van de literatuur. De gebruikte boeken zijn lesboeken die worden gebruikt binnen de opleiding SPH aan het Windesheim college.

De informatie van internet is betrouwbaar doordat er alleen gebruik is gemaakt van site's van instellingen en het trimbos instituut.

Het onderwerp is niet eerder onderzocht binnen de RIBW, ook op HBO kennisbank zijn geen vergelijkbare onderzoeken gevonden.

Het houden van interviews heeft zich zowel gericht op de kant van de RIBW als op de kant van de jeugdzorgplus om op deze manier een compleet beeld te krijgen over het onderwerp.

Mondelinge interviews:

Bij het afnemen van interviews onder medewerkers van team 'De Kromme Elleboog' heb ik ervoor gekozen om alle medewerkers te interviewen om zicht te krijgen op de problemen die het team ervaart in de begeleiding van jongeren die verwezen zijn vanuit een jeugdzorgplus instelling. Hierbij heb ik gekozen voor een half gestructureerd interview. Deze bestond uit een vragenlijst en bood de ruimte aan de geïnterviewde voor eigen inbreng. (zie bijlage 2)

Telefonische interviews:

De telefonische interviews gehouden onder medewerkers vanuit jeugdzorg hebben vooral als doel om zicht te krijgen op de wijze waarop de jongeren begeleid worden binnen een jeugdzorgplus instelling. Vanwege de beschikbare tijd is er gekozen om de medewerkers vanuit jeugdzorg telefonisch te interviewen. Hiervoor heb ik gebruik gemaakt van een ongestructureerd interview. Deze bestond uit een hoofdvraag en enkele topics. (zie bijlage 3)

Interview en telefonisch onderzoek:

- Aart Koopmans Regiomanager RIBWAVV Arnhem Centrum
 - Begeleiders en medewerker begeleiders team de 'Kromme Elleboog'
 - Rieneke van der Hoff, medewerkster voordeurteam RIBWAVV
 - John Tomas, rehabilitatiecoach RIBWAVV
 - Geri Smit, orthopedagoog RIBWAVV
-
- Kea van der Vinne, Unitleidster De Sprengen te Zutphen
 - Jan Wijnenberg, Trajectbegeleider, de Sprengen
 - Mark ten Have, Begeleider Jeugdzorg plus instelling

Literatuurstudie

- Handboek GGZ- competenties RIBW AVV
- Wilken & den Hollander, psychosociale rehabilitatie 2008
- Verhoeven, Wat is onderzoek, 2008
- Vandereycken en van Deth, Psychiatrie, 2007
- Lieshout, Trix van, Pedagogische adviezen voor speciale kinderen. Bohn Stafleu Van Loghum, 2002.
- Janzing en Kerstens, Werken in een therapeutisch milieu, 2005

Voor een uitgebreide literatuurlijst verwijs ik u naar de literatuurlijst op pagina 37.

Internet

- <http://www.jeugdzorgplus.nl/files-cms/File/publicaties/Brief%20TK%20stand%20van%20zaken%20gesloten%20jeugdzorg%2009-03-10.pdf>
- <http://lczorg.rinogroep.nl/?pageID=97>
- www.jeugdzorgplus.nl
- www.trimbos.nl
- www.ribwavv.nl
- www.desprengen.nl
- www.ogheldring.nl

Hoofdstuk 3

- 3.1 Inleiding

Dit hoofdstuk geeft theoretische achtergrondinformatie over de gehanteerde methodiek binnen de RIBW en de tien uitgangspunten van deze methodiek. Verder bevat dit hoofdstuk theoretische achtergrondinformatie over Jeugdzorgplus en wordt er een beschrijving gegeven van de instellingen van waaruit de jongeren zijn doorgestroomd richting de Kromme Elleboog te weten de Sprengen en OGH Zetten. Hierna volgt een beschrijving van de gehanteerde methodiek binnen deze instellingen. Binnen de RIBWAVV wordt gewerkt via de SRH Methodiek. Systematisch rehabilitatiegericht Handelen. ‘

- 3.2 Rehabilitatiegericht Handelen

De definitie van rehabilitatie volgens Bennet (1978); *het proces waarbij een psychisch gehandicapt persoon geholpen wordt om van zijn resterende vermogens zo goed mogelijk gebruik te maken, zodat hij of zij op een optimaal niveau kan functioneren in een zo normaal mogelijk kader.*

Rehabilitatie legt een sterke nadruk op het ondersteunen van een cliënt in zijn eigen omgeving. Daarnaast is er een belangrijke maatschappelijke ontwikkeling waarin de cliënt en zijn naasten steeds meer als gelijkwaardige gesprekspartners worden beschouwd. We zien dit terug in de samenspraak tussen cliënt, hulpverlener en familie, maar ook op het niveau van cliënten en familie-raden die een steeds volwaardiger medezeggenschap krijgen.

Het Systematisch Rehabilitatiegericht Handelen (SRH) is een methodiek die professionals toerust om cliënten te ondersteunen in hun herstel- en ontwikkelingsproces en omgevingen te creëren die steunend zijn. Dat wil zeggen dat er enerzijds rekening gehouden wordt met de psychische beperkingen en anderzijds mogelijkheden geboden worden voor het gebruiken van talenten en het ontwikkelen van mogelijkheden.

De methodiek heeft verschillende vertrekpunten:

- de wens van de cliënt om zijn kwaliteit van leven te verbeteren of te handhaven
- de steun die de cliënt nodig heeft van de omgeving en/of van professionals om deze wens te realiseren
- het gebruiken en versterken van krachten en mogelijkheden
- het leren omgaan met psychosociale kwetsbaarheid en het verminderen hiervan
- een samenwerkingsrelatie tussen cliënt, professional en sociaal netwerk

De professionele steun neemt de eigen ervaringen van de cliënt als uitgangspunt, principe van ervaringskennis. Zij is er op gericht de eigen kracht van de cliënt te helpen mobiliseren, principe van empowerment. Daarnaast wordt ondersteuning geboden om het vervullen van sociale rollen en maatschappelijke participatie mogelijk te maken ,principes van burgerschap en sociale inclusie.

Volgens de theorie uit het boek ‘ Psychosociale rehabilitatie’ Wilken en Hollander 2008 past de participerende begeleidingsstijl het meest bij rehabilitatiegericht handelen. (hfst 2.13 pagina 78) De participerende begeleidingsstijl houdt in dat het gedrag van de begeleider laag scoort op de taak- en hoog op de relatiedimensie. Beslissingen worden genomen in gezamenlijk overleg. Er wordt ruimte gemaakt voor gevoelens en meningen. De strategieën ‘open overleg’ en ‘onderhandelen’ passen binnen deze stijl.

Hierbij past ook de traditionele milieugerichte benadering (Wilken en Hollander 2008 pag. 25). Deze benadering richt zich op het bieden van een therapeutisch milieu of een beschermde woonomgeving. De milieugerichte benadering in de rehabilitatie richt zich op het creëren of handhaven van een plezierig, functioneel en zo genormaliseerd mogelijk leefmilieu. Het milieu kan beschouwd worden als een prothese die de beperkingen van de cliënt ondervangt, hem bescherming en veiligheid verschaft. Vanuit deze veilige omgeving kan de cliënt echter ook uitgenodigd worden om nieuwe activiteiten te ondernemen en zich te ontplooien.

De begeleiding richt zich veelal op de interacties van de cliënt en de anderen binnen het leefmilieu. Vanuit de hulpverlener gezien gaat het vooral om de vormgeving van de fysieke en relationele omgeving.

Bij rehabilitatie wordt gewerkt op meerdere niveau's, zowel aan de kant van de cliënt als aan de kant van de maatschappij. Soms zal de aandacht meer gericht zijn op de cliënt, soms meer op de omgeving. Doordat we de cliënt in staat willen stellen zoveel mogelijk de door hem gewenste sociale rollen te laten vervullen, dienen we ons vaak bezig te houden met meerdere omgevingen waarbinnen een mens zich kan ontplooien;

- het levensdomein wonen;
- het levensdomein werken;
- het levensdomein leren;
- het levensdomein recreëren.

Op elk domein is er zowel sprake van interacties met anderen als van individuele activiteiten. Om gezond te blijven dienen we eigenlijk iedere dag aandacht te geven aan vier essentiële aspecten van het leven. We noemen dit de persoonlijke domeinen.

Hierbij worden onderscheiden;

- het persoonlijke domein zelfzorg;
- het persoonlijke domein gezondheid;
- het persoonlijke domein zingeving;
- het persoonlijke domein sociale relaties.

Het zijn domeinen die voor ieder van ons gelden. Bij veel cliënten zijn er beperkingen ontstaan in het functioneren op een of meerdere van de levens- en persoonlijke domeinen. Door al deze domeinen aandacht te geven kunnen wensen en behoeften op tafel komen.

(Wilken en Hollander 2008 pag. 27)

Binnen de RIBW betekent dit volgens de rehabilitatiecoach dat er voldoende tijd en aandacht moet zijn om achter de hulpvraag van de cliënt te kijken. Waarom stelt hij een bepaalde hulpvraag. Vanuit deze vraag worden begeleidingsplannen opgesteld. Deze plannen kunnen betrekking hebben op alle vier levensdomeinen. Hier wordt eerst een algemeen doel gesteld, dit doel wordt vervolgens smart* geformuleerd. Daarnaast wordt er in een begeleidingsplan gekeken op welke manier aan dit doel gewerkt kan worden en wie de cliënt hierin ondersteund en op welke manier deze ondersteuning plaatsvindt.

*smart; specifiek, meetbaar, acceptabel, realistisch en tijdsgebonden

- **3.3 Tien uitgangspunten voor een integrale rehabilitatiebenadering**
(naar: Wilken en den Hollander, 1998)

1. Rehabilitatie is een dynamisch en interactioneel ontwikkelingsproces, gericht op herstel, handhaven en verbeteren van levenskwaliteit (Strauss, 1985)
2. Rehabilitatie richt zich op het herstel, handhaven en verbeteren van maatschappelijke participatie
3. Rehabilitatiegerichte activiteiten richten zich op drie niveaus: cliënt, omgeving en maatschappij.
4. Rehabilitatie speelt zich af in drie dimensies: relatie, handeling en tijd.
5. Rehabilitatiegerichte activiteiten spelen zich af in de triade hulpverlening, cliënt en sociaal netwerk. Deze triade kan beschouwd worden als een >actieve gemeenschap= (Petry, 1997) en dient zijn inbedding te hebben in een maatschappelijk steunsysteem (Van Weeghel en Dröes, 1999)
6. Rehabilitatie richt zich op wensen en ondersteuningsbehoeften op vier levensdomeinen (wonen, werken, leren, recreëren) en vier persoonlijke domeinen (zelfzorg, gezondheid, zingeving, sociale relaties).
7. Het rehabilitatieproces kent vijf steunpilaren: status (zin- of betekenisgeving), motivatie, vaardigheden, sociale steun en materiële steun.
8. Rehabilitatie is gericht op het verminderen van belemmeringen en het vergroten van mogelijkheden, op alle drie genoemde niveaus.
9. Rehabilitatie is een mix van persoonlijke en materiële steun, ontwikkelingsgerichte, milieugerichte en probleemgerichte activiteiten.
10. Rehabilitatiegerichte zorgactiviteiten kennen vijf hoofdvormen: behandelgerichte zorg (genezen of draagbaar maken van psychiatrische stoornis), revaliderende zorg (verminderen van of leren omgaan met beperkingen) , compenserende zorg (creëren en aanbieden van hulpbronnen), sociaal-maatschappelijke activiteiten (dienstverlening, kwartiermaken, netwerkontwikkeling), en individuele herstel/trajectbegeleiding.

In hoofdstuk 3.5 vindt u een beschrijving van de gehanteerde methodiek binnen de jeugdzorgplus instellingen .

- 3.4 Jeugdzorgplus:

Jeugdzorgplus instellingen zijn ontstaan op basis van onderzoek en geluiden uit de maatschappij over onvrede over het samenplaatsen van civielrechtelijke en strafrechtelijke jongeren in de J.J.I.'s. De inzet van jeugdzorgplus instellingen is het zo kort mogelijk maken van het gesloten verblijf. Om dit te bereiken worden afspraken gemaakt tussen alle betrokken partijen over de instroom, doorstroom en uitstroom. Al in een vroeg stadium zou duidelijk moeten zijn welke zorg er na het verblijf in de gesloten jeugdzorg nodig is. Werken met zorgtrajecten moet er toe leiden dat het verblijf korter wordt en het aantal plaatsen omlaag gaat, terwijl er meer jongeren geholpen kunnen worden.

Jongeren lopen soms ernstig vast binnen het gezin of binnen hun dagelijkse omgeving. Het kan dan nodig zijn om hen in een gesloten instelling te behandelen. De afgelopen jaren zijn jongeren met dit soort problemen vaak in een justitiële jeugdinrichting geplaatst. Meestal omdat binnen de reguliere Jeugdzorg - of binnen de sectoren LVG of GGZ - te weinig of ontoereikende opvang- en behandel mogelijkheden waren.

Op 1 januari 2008 is de gewijzigde Wet op de jeugdzorg (Wjz) in werking getreden. Hierdoor is het mogelijk geworden om civielrechtelijke jongeren, die van de rechter gesloten moeten worden behandeld, in een jeugdzorginstelling te plaatsen. De wet bepaalt ook dat de minister voor Jeugd en Gezin voortaan verantwoordelijk is voor de uitvoering van de gesloten jeugdzorg. Door al deze veranderingen is plaatsing van civielrechtelijke jongeren in een JJI sinds 1 januari 2008 niet langer meer nodig.

Het aanbod van de Jeugdzorgplus bestaat uit deskundige en wetenschappelijk onderbouwde interventies op het gebied van geestelijke gezondheidszorg, licht verstandelijke handicaps, onderwijs en arbeidstoeleiding. Centraal staan het bieden van sectoroverstijgende zorg, diagnostiek en behandeling van de jongeren; en de rol van de ouders, verzorgers en de omgeving daarbij. Het is immers niet de geslotenheid op zichzelf die werkt, maar de combinatie van geslotenheid, behandeling en deskundigheid.

Ook aansluiting op de reguliere jeugdzorg is belangrijk. Een gesloten behandeling is namelijk maar één van de fases in het zorgtraject. Andere onderdelen zijn bijvoorbeeld nazorg en – als dat mogelijk is - scholing en werktoeleiding. Zo wordt de jongeren een toekomstperspectief geboden.

De inzet van jeugdzorgplus instellingen is het zo kort mogelijk maken van het gesloten verblijf. Om dit te bereiken worden afspraken gemaakt tussen alle betrokken partijen over de instroom, doorstroom en uitstroom. Al in een vroeg stadium zou duidelijk moeten zijn welke zorg er na het verblijf in de gesloten jeugdzorg nodig is.

Bron: <http://www.jeugdzorgplus.nl/>

Vanuit een brief van Minister Rouvoet aan de voorzitter van de tweede kamer d.d. 9 maart 2010 blijkt dat vanaf 1 Januari 2010 jongeren met een machtiging gesloten plaatsing niet meer opgenomen mogen worden in een J.J.I. (justitiële jeugdinrichting). Deze jongeren komen in aanmerking voor plaatsing in een jeugdzorgplus instelling.

Uit deze brief blijkt ook dat deze jongeren kampen met veel ernstigere problematiek dan uit eerdere onderzoeken verwacht werd.

Vrijwel alle jongeren hebben te maken met externaliserende problemen als agressiviteit en opstandig gedrag, naast het probleemgedrag laten de jongeren risicovolle gedragingen zien zoals drugsgebruik. Bovendien worden er ook problemen geconstateerd bij de ouders, in de opvoedingsomgeving en de vriendengroep.

In deze brief wordt ook gesproken over het feit dat gesloten jeugdzorg een zware vorm is van zorg omdat de vrijheden van de jongere sterk worden ingeperkt. Het doel van deze zorg is om jongeren met ernstige gedragsproblemen te behandelen en een dusdanige gedragsverandering te bewerkstelligen dat de jongere weer kan participeren in de maatschappij.

Ernstige problematiek

In de afgelopen jaren is duidelijk geworden dat de problematiek van jongeren in de gesloten jeugdzorg ernstiger is dan op basis van eerder onderzoek verwacht werd. Problemen als agressiviteit en opstandig gedrag komen bij vrijwel alle jongeren voor. Daarnaast heeft meer dan de helft last van depressie, onzekerheid en angstig gedrag. Risicovol gedrag komt veel voor, net als problemen bij ouders en vrienden. De zorg die deze jongeren nodig hebben, wordt in de komende jaren steeds verder ontwikkeld zodat de gesloten jeugdzorg voor deze jongeren perspectief blijft bieden op een effectieve aanpak van hun ernstige gedragsproblemen en volwaardige participatie in de samenleving.

Bron: <http://www.jeugdzorgplus.nl/files-cms/File/publicaties/Brief%20TK%20stand%20van%20zaken%20gesloten%20jeugdzorg%2009-03-10.pdf>

De jongeren waar dit onderzoek zich op richt zijn verwezen vanuit De Sprengen en OGH Zetten. Beide instellingen vallen volgens de site; www.jeugdzorgplus.nl onder jeugdzorgplus.

- 3.4.1 De Sprengen in Zutphen en Wapenveld (Avenier)

Justitieel Pedagogisch Centrum de Sprengen en Jongerenhuis Harreveld zijn vanaf 1 januari gefuseerd en gaan samen verder onder de naam Avenier. Met ambulante, open, gesloten en justitiële jeugdzorg wil Avenier nog meer kansen bieden voor jongeren die er zonder hulp niet uit komen. Avenier heeft locaties in Wapenveld, Zutphen, Harreveld en Almelo.

Justitieel Pedagogisch Centrum de Sprengen is een justitiële jeugdinrichting voor jongens in de leeftijd van 12 tot 24 jaar. De Sprengen biedt veiligheid aan de samenleving, maar wil ook een plek zijn die veilig is voor een jongen die in het kader van een straf of maatregel hier wordt geplaatst. De jongere moet zijn verblijf in de Sprengen kunnen gebruiken als time-out zodat hij daarna sterker verder kan gaan.

JPC de Sprengen biedt opvang- en behandelafdelingen en is actief op twee locaties. Campus Wapenveld is een open inrichting voor 60 jongens, Justitiële Jeugdinrichting Zutphen is een gesloten inrichting voor 90 jongens. De Sprengen heeft een eigen Cluster 4 (VSO-ZMOK) school

In de Sprengen worden alleen jongens geplaatst. Afhankelijk van de straf of maatregel worden zij geplaatst in een opvang- of behandelgroep.

In de opvangafdeling komen jongens in voorlopige hechtenis, met jeugddetentie, met een crisisplaatsing (OTS) of jongens die wachten op een plaats in een behandelinrichting. De behandelafdeling is bestemd voor jongens met een maatregel PIJ (Plaatsing In een Jeugdinrichting) of met een OTS (Onder Toezicht Stelling).

Voor de Sprengen wordt werken aan veiligheid voor een groot deel bepaald door de 'pedagogische relatie'. De Sprengen stelt de jongen centraal, niet een ziekte of stoornis. De gedachte is dat een jongen zich altijd verder kan ontwikkelen en hij zelf eigenaar van zijn leerproces is. Het vertrekpunt is dus de eigen motivatie van de jongen. De Sprengen kiest verder voor een gedragsgerichte benadering. Daarbij wil De Sprengen zoveel mogelijk werken vanuit gezag in plaats van macht. Hierbij worden grenzen gesteld, structuur aangebracht en regie gevoerd, maar wel vanuit respect en betrokkenheid bij de jongere en altijd met een uitleg erbij.

De Sprengen probeert in een gedwongen kader een optimale context te creëren voor een traject met successen voor een jongere. Motivatie om aan de problemen te werken is hierbij een belangrijke schakel. Hierbij wordt geprobeerd de motivatie van de jongere te ontdekken en te stimuleren en gaat de medewerker ervan uit dat een jongere zich niet altijd even gemotiveerd gedraagt, maar dat dat niet betekent dat hij niets wilt. Ook probeert De Sprengen binnen de muren een leer- en leefklimaat te creëren dat zo min mogelijk verschilt van het normale leer- en leefklimaat buiten de muren. Er is structuur en er worden grenzen gesteld maar wel met oog voor de omstandigheden van een jongen. Dat schept een veilig en enigszins ontspannen basisklimaat: belangrijke voorwaarden voor persoonlijke ontwikkeling.

Bron; www.desprengen.nl

- 3.4.2 OGH Zetten

OG Heldring is een particulier behandelcentrum voor observatie, verzorging, opvoeding, behandeling en begeleiding van jongeren (en hun gezinnen) met ernstige en gecompliceerde problemen.

De OG Heldring is een JeugdzorgPlus instelling, een gesloten instelling, die valt onder de Wet op de Jeugdzorg. 'Gesloten' houdt in dat jongeren tegen hun wil kunnen worden opgenomen, dat de gebouwen indien nodig zijn afgesloten en dat de vrijheid van een jongere kan worden beperkt.

Het doel van de OG Heldring is de jongeren door middel van een individuele behandel- aanpak te vormen tot een volwaardig en verantwoord lid van de samenleving.

Wij bieden een passend behandelaanbod, afgestemd op de individuele jongere met ernstige ontwikkelings-, gedrags- en/of psychiatrische problemen en in het bijzonder op meisjes met hechtings- en identiteitsproblemen. Daarnaast betrekken wij het systeem bij de behandeling.

Er zijn 151 behandel-/observatieplaatsen in units voor jongens, voor meisjes en in gemengde units. Daarnaast is er één unit die zich richt op zelfstandigheidstraining en één unit voor observatie en diagnostiek. Deze laatste unit is bedoeld voor jongeren waarvan de problematiek nog niet geheel duidelijk is en door middel van observatie vastgesteld wordt.

Voor elf meer afgesloten behandelplaatsen gelden strengere regels. Deze plaatsen zijn uitsluitend voor meisjes die extra kwetsbaar zijn.

Bron: www.ogheldring.nl

- 3.5 Methodiek jeugdzorgplus

Bij Avenier en bij OGH zetten wordt gewerkt volgens het sociaal competentie model.

Het uitgangspunt bij deze methodiek is dat probleemgedrag het resultaat is van een ernstige verstoring in het evenwicht tussen ontwikkelingstaken en vaardigheden.

De behandeling is gericht op het aanleren van vaardigheden en het vergroten van mogelijkheden van de jongeren. Hierbij wordt rekening gehouden met het ontwikkelingsniveau. Dit ontwikkelingsniveau valt te herleiden vanuit het dagelijks functioneren en de persoonlijkheidsontwikkeling van de jongere. Daarnaast worden de jongeren vaardigheden aangeleerd om in de samenleving zo goed mogelijk te kunnen functioneren.

Het competentiemodel gaat ervan uit dat de jongeren nog in ontwikkeling zijn. De behandeling werkt vooral aan het vergroten van vaardigheden die al aanwezig zijn en het leren van nieuwe vaardigheden.

Competentievergroting heeft een motiverende werking omdat het de (potentiële) krachten van jongeren versterkt. Daarbij wordt vooral gebruik gemaakt van positieve feedback: dat spreekt aan.

Uit onderzoek is gebleken dat voor de hulpverlening aan jongeren met ernstige gedragsstoornissen een intensieve, (cognitief) gedragstherapeutische aanpak het meest effectief is.

Dit houdt in dat jongeren feedback krijgen op hun gedrag en worden gestimuleerd na te denken hoe hun gedachten(over henzelf en de situatie) het gedrag beïnvloeden.

Sociale competentie vergroting is er onder andere op gericht dat jongeren het eigen gedrag leren veranderen. Om dat te kunnen, moeten ze weten hoe hun daadwerkelijke gedrag eruit ziet en welke reacties hun doen en laten bij de omgeving oproepen.

Om jongeren daarbij te helpen, geeft de pedagogisch medewerker feedback op gedrag en maakt hierbij gebruik van feedbackkaarten.

Het is belangrijk de jongere duidelijk te maken waarom bepaald gedrag wenselijk of juist ongepast is.

Door tegelijkertijd alternatief gedrag te bespreken of voor te doen, kan de jongere ook de positieve gevolgen leren zien van het alternatieve gedrag. Hier wordt voortdurend op getraind.

Bron: www.ogheldring.nl

Hoofdstuk 4

- 4.1 Inleiding:

In dit hoofdstuk wordt een korte theoretische beschrijving gegeven van de ziektebeelden die voorkomen onder jongeren die ingestroomd zijn vanuit jeugdzorgplus. Voor een uitgebreide beschrijving van de ziektebeelden verwijs ik u naar bijlage 4.

- 4.2 ADHD

ADHD is de afkorting van Attention Deficit / Hyperactivity Disorder (in het Nederlands: Aandachtstekortstoornis met hyperactiviteit). Kinderen met ADHD reageren op een aantal gebieden anders dan andere kinderen. Ze hebben vaker en sterker dan gemiddeld last van:

- Aandachts- en concentratieproblemen
Kinderen met ADHD hebben moeite om hun aandacht blijvend op een taak te richten en zich niet door allerlei prikkels uit de omgeving te laten afleiden. Dat kan ernstige gevolgen hebben voor hun concentratie.
- Impulsiviteit
Kinderen met ADHD doen voordat ze denken. Ze houden zich niet zoals andere kinderen onbewust bezig met de gevolgen van hun gedrag. Bij kinderen met ADHD ontbreekt het aan een innerlijke controle die de remfunctie van het gedrag regelt.
- Hyperactiviteit

Kinderen met ADHD zijn, vooral op jongere leeftijd, voortdurend in beweging. Ze zijn vaak snel opgewonden en gefrustreerd. Ze voelen vaak ook zelf een grote onrust van binnen. Stil zitten en rustig zijn vraagt van hen ongewoon veel energie.

Niet altijd druk

Het verwarrende is dat kinderen met ADHD niet altijd druk of afgeleid zijn. Ze kunnen zich soms wel goed concentreren op sterke prikkels zoals spannende films of computerspelletjes. Aan buitenstaanders ontlokt dit vaak de opmerking 'ze kunnen het wel, als ze maar willen'.

Kinderen met ADHD kunnen zich inderdaad wel concentreren, maar ze hebben daar veel sterkere prikkels voor nodig. Het kost hen bovendien veel meer inspanning dan andere kinderen.

Bron: <http://www.balansdigitaal.nl/sitemanager.asp?pid=49>

- 4.3 ODD/ CD

De termen Oppositioneel-opstandige gedragsstoornis (ODD) en Conduct disorder (CD) zijn stoornissen die zich in de jeugd voordoen.

In sommige levensfasen zoals de koppigheidsperiode of de puberteit is opstandig en agressief gedrag bij kinderen een vrij normaal verschijnsel. We spreken pas van agressieve gedragsstoornissen wanneer het gaat om ernstig negatieve gedragingen die vaker en sterker dan gemiddeld voorkomen, niet worden veroorzaakt door de omstandigheden en al langere tijd aanwezig zijn.

Agressieve gedragsstoornissen worden onderscheiden in oppositioneel opstandige gedragsstoornissen (ODD, Oppositional Defiant Disorder) en antisociale gedragsstoornissen (CD, Conduct Disorders). Samen worden deze gedragsstoornissen ook wel disruptieve stoornissen genoemd (DBD, Disruptive Behavior Disorder).

Kinderen en jongeren met een oppositioneel Opstandige Gedragsstoornis (ODD) zijn moeilijk in de opvoeding, ongehoorzaam en in verzet, maar feitelijk gewelddadig gedrag is niet aan de orde.

Bij een antisociale gedragsstoornis (CD) heeft de persoon een gebrek aan respect voor de rechten en gevoelens van anderen.

ODD komt bij 3,2% en CD bij 2% van de kinderen voor.

Bron: <http://www.balansdigitaal.nl/sitemanager.asp?pid=232>

- 4.4 Borderline

Borderline persoonlijkheidsstoornis (kortweg: borderline) kenmerkt zich door sterke wisselingen in stemmingen, gedachten en gedrag.

Mensen met borderline zijn enorm impulsief, denken vaak zwart-wit, reageren extreem. Relaties zijn moeilijk te onderhouden, en wisselen ook sterk.

Er worden geen verschillende typen borderline persoonlijkheidsstoornissen onderscheiden. Mensen met borderline kunnen echter wel verschillen in de mate waarin ze bepaalde gedragingen hebben (zoals extraversie, neuroticisme).

Bron: <http://www.trimbos.nl/onderwerpen/psychische-gezondheid/borderline-persoonlijkheidsstoornis>

In bijlage 4 staat een uitgebreide beschrijving van de ziektebeelden; ADHD, ODD/CD en Bordeline. In deze beschrijving zijn o.a. de kenmerken, diagnosestelling, oorzaken/gevolgen en de behandeling van de afzonderlijke ziektebeelden beschreven.

Hoofdstuk 5

- 5.1 Inleiding:

In dit hoofdstuk worden de deelvragen beantwoord, tevens zal er bij de beantwoording gezocht worden naar verbanden die kunnen bestaan tussen de deelvragen.

Bij deelvraag 1 wordt een verklaring gezocht waarom er vanaf 2006 meer aanmeldingen van jongeren zijn gekomen binnen de RIBWAVV.

Deelvraag 2 is gesteld om uit te zoeken of er verschillen zitten in psychiatrische problematiek onder jongeren die verwezen worden vanuit de GGZ en jongeren die verwezen worden vanuit jeugdzorgplus. Indien dit verschil aanwezig is kan er wellicht aangetoond worden of het gedrag te verklaren is vanuit de problematiek. Maar ook dat de ernst van het gedrag dat voortvloeit uit deze ziektebeelden een andere aanpak vergt van de begeleiding.

Deelvraag 3 is gesteld om inzicht te krijgen in het voortraject dat de jongeren hebben doorlopen voordat ze bij de RIBW komen wonen. Dit voortraject zorgt er voor dat cliënten iets gewend zijn en al of niet geleerd hebben, met consequenties voor de vaardigheden die ze bezitten, de zelfstandigheid, hun houding en hoe ze gemotiveerd worden (werden)

Deelvraag 4 geeft inzicht in de manier waarop de jongeren vanuit de methodiek van de RIBW benaderd worden door de begeleiding op de Kromme Elleboog. Dit zal wellicht aantonen of de methodiek toereikend is voor deze doelgroep of dat er meer agogische aspecten komen kijken bij de begeleiding van deze doelgroep. Hieruit zullen ook de verschillen in begeleiding (deelvraag 3) naar voren komen.

Deelvraag 5 is gesteld om inzicht te krijgen wat de teamleden zelf als probleem ervaren in de begeleiding van jongeren die verwezen worden vanuit jeugdzorgplus.

Hieruit zal ook blijken of er overeenkomsten zitten in de ervaringen van de teamleden. Deze ervaringen in, bijvoorbeeld gedrag, zijn dan wellicht te koppelen aan de uitkomst van deelvraag 2.

5.1.1 Hoe is de toename van het aantal aanmeldingen van jongeren binnen de RIBW te verklaren ?

De jongeren die instromen binnen de RIBWAVV komen uit de Kinder en Jeugdpsychiatrie, Bureau Jeugdzorg en jeugdzorginstellingen en de forensische jeugdpsychiatrie. Het huidige aanbod van de kinder en jeugdpsychiatrie is grotendeels gericht op cure (behandeling van psychiatrische problematiek) en nog heel weinig op care (ondersteuning en begeleiding vanuit het gegeven dat veel psychiatrische problematiek ook bij jeugdigen blijvend is)

Vanuit een gesprek met Rieneke van der Hoff, medewerkster voordeurteam RIBWAVV blijkt dat vooral vanaf 2006 het aantal aanmeldingen van jongeren is gestegen. Dit heeft volgens haar te maken met het feit dat het RIBW sinds 2006 beschikt over een aparte woonvorm voor jongeren.

In het rapport; Beschermd wonen voor jeugd in Arnhem, Drs. H.J. Janssen 2005 staat beschreven dat de RIBW Arnhem en Veluwe Vallei met dit initiatief een aanbod wil realiseren dat voldoet aan de behoefte van beschermd wonen toegesneden op jonge mensen. Deze behoefte komt onder andere sterk naar voren in het onderzoeksrapport “Op weg naar een samenhangend aanbod”, dat in opdracht van SKJPON* en het Leo Kannerhuis* is opgesteld.

*SKJPON; de Stichting Kinder- en Jeugdpsychiatrie Oost-Nederland

*Leo Kannerhuis; Centrum voor autisme

In de gesprekken die de RIBW in het kader van dit onderzoek heeft gevoerd met onder andere de kinder en jeugdpsychiatrie kwam de behoefte naar voren aan beschermd wonen voor jeugd. Omdat er in Gelderland geen woonvormen voor deze jeugdigen waren, verbleven ze te lang in een kliniek. Voor hen is er behoefte aan woonvormen met veel aandacht voor opleiding en werk.

Dit aanbodsluit aan bij de ontwikkelingen binnen de RIBW, die steeds meer met jongere cliënten te maken krijgt. Ook past het bij de ambitie van de RIBW om uit te groeien tot een organisatie die voor verschillende leeftijdsgroepen een gedifferentieerd en deskundig begeleidingsaanbod in huis heeft.

Het feit dat er weinig RIBW's initiatieven hebben ondernomen op dit gebied heeft te maken met het feit dat het verkrijgen van een erkenning en een passende financiële vergoeding lange tijd een probleem is geweest doordat de landelijke politiek lang huiverig is geweest voor het in het leven roepen van een dergelijk aanbod, omdat men jeugd niet associeert met chronische psychiatrische problematiek.

5.1.2. Welke psychiatrische problematiek komt voor onder jongeren die verwezen worden vanuit Jeugdzorgplus ?

- Is hier sprake van een stoornis of een gedragsprobleem?
- Welke gevolgen hebben deze ziektebeelden voor het gedrag ?
- Wat vraagt dit gedrag van de begeleiding ?

Vanuit dossieronderzoek, gehouden onder alle vijftien jongeren die wonen op de Kromme Elleboog, is gebleken dat de jongeren, verwezen vanuit de GGZ kampen met de volgende psychiatrische ziektebeelden;

- Schizofrenie en psychotische stoornissen
- Stemmingsstoornissen
- Pervasieve ontwikkelingsstoornissen
- Angststoornissen

Jongeren die verwezen zijn vanuit jeugdzorgplus hebben voornamelijk te kampen met ADHD, ODD/CD, en Borderline. (aandachtstekortstoornissen, gedragsstoornissen en persoonlijkheidsstoornissen)

De Borderline persoonlijkheidsstoornis komt ook voor bij cliënten die verwezen zijn vanuit de GGZ. Aangezien dit ook een stoornis is die gedragsproblemen met zich mee brengt blijkt toch, ook vanuit de casussen, de interviews en de theorie, dat het vooral de combinatie van een ziektebeeld met een gedragsstoornis is (ODD/CD) die voor veel problemen zorgt.

Stoornis of een gedragsprobleem?

Wanneer spreken we over een stoornis of een gedragsprobleem? Men spreekt van een stoornis als het probleem niet te verhelpen is en de persoon ermee moet leren omgaan. Een stoornis vindt haar oorsprong vooral in het lichaam, de stoornis is voornamelijk in aanleg meegegeven. Een probleem heb je, het staat meer buiten de persoon, een gedragsprobleem is zodoende voornamelijk reactief van aard. Delfos (2000a) gaat ervan uit dat het probleem bij een stoornis ligt in de aanleg en rijping van het centraal zenuwstelsel, wat direct invloed heeft op de ontwikkelingsfuncties. In andere gevallen is het woord (gedrags)problemen meer op zijn plaats. Er zijn dan belemmeringen die hun oorsprong vinden in de omgeving en zij laten de ontwikkeling minder soepel verlopen. Er is een situatiegebondenheid. Het eruit volgende (gedrags)probleem is een bijproduct van de oorzaak, een psychotrauma is bijvoorbeeld zo'n belemmering en dit kan allerlei gedragsproblemen tot gevolg hebben

Bij ADHD en ODD is er een direct verband tussen de oorzaak (de stoornis) en het gedrag. Bij een stoornis is het voor de hulpverlening en aanpak van de gedragsproblemen die uit de stoornis of belemmering voortvloeien, belangrijk te beseffen dat de mate van beïnvloeding van buitenaf beperkt is. Het gaat in dat geval vaak om bescherming en leren omgaan met de beperking. Bij gedragsproblemen voortvloeiend uit een belemmering is de mogelijkheid van beïnvloeding van buitenaf groter. Er is echter altijd een wisselwerking tussen de aanleg van het kind en zijn omgeving en andersom. Vooral de interactie tussen het kind en zijn opvoeders kan de in aanleg aanwezige problemen, bijvoorbeeld door een stoornis, verminderen of juist verergeren. Door goede steun en opvoeding kun je er dus voor zorgen dat een stoornis een minder negatief effect heeft.

Welke gevolgen hebben deze ziektebeelden voor het gedrag ?

In het algemeen geldt dat jongeren met gedragsproblemen een tekort aan een eigen structureel, probleemoplossend vermogen hebben . Dit tekort kan zijn ontstaan door een probleem in aanleg of in omgevingsfactoren (stoornis versus probleem), of door een wisselwerking tussen beide. Bij een aanlegprobleem is het belangrijk dat dit gerespecteerd wordt, niet alleen door zijn omgeving, maar juist ook door de persoon, de jongere zelf. Pas als de jongere zijn probleem kent en leert accepteren, hebben interventietechnieken zin. Omdat de persoon zelf de belangrijkste bron voor verandering is, is het essentieel dat hij hulp krijgt bij het denken over zijn eigen problemen. Alleen dan zijn er veranderingen mogelijk. De aanpak van jongeren met gedrags- en ontwikkelingsstoornissen vraagt

vanwege het tekort aan eigen structurerend, probleemoplossend vermogen altijd een algemene basisaanpak van structuur bieden om hen te helpen hun wereld veiliger, overzichtelijker en beter voorspelbaar te maken.
(van lieshout 2002)

Gene Abroms (1969) deelt gedrag in vijf groepen in. Deze vijf D's van Abroms geven zowel een volgorde van ernst van het gedrag aan als de volgorde van ingrijpen en behandelen.

- Destructief gedrag: Hieronder verstaat Abroms lichamelijk destructief gedrag. Hierbij kan gedacht worden aan neigingen tot moord en zelfmoord, andere mensen lichamelijk geweld aandoen, automutilatie. Ook het aanrichten van ernstige vernielingen valt hieronder.
- Desorganisatie van gedrag: Dit is onsamenhangend, autistisch, regressief en niet op de realiteit georiënteerd denken en handelen. Dit gedrag kan onder meer waargenomen worden bij psychotische mensen in de vorm van wanen en hallucinaties. De persoon in kwestie kan zich niet aanpassen aan de eisen die de omgeving aan hem stelt. Het contact met de realiteit is verstoord en vervormd. De verantwoordelijkheid voor zijn sociale situatie is weg.
- Deviant of regelverbrekend gedrag: dit gedrag wordt ook wel acting out gedrag genoemd. Het is gericht op oplossen van problemen door anderen aan te vallen, steeds regels te overtreden en afspraken niet na te komen. Dikwijls kan dit gedrag waargenomen worden bij mensen die affectief verwaarloosd zijn geweest. Het lijkt erop dat ze steeds de beschuldigende vinger naar anderen uitsteken en niet in staat zijn het eigen aandeel in het probleemgedrag onder ogen te zien.
- Dysfoor gedrag: dit gedrag wordt gekenmerkt door het zich terugtrekken. Er is geen belangstelling voor wat er in de omgeving gebeurt. De interesse en de aandrift zijn vooral gericht op zichzelf. Dit gedrag komt bijvoorbeeld voor bij mensen die in de put zitten, erg angstig zijn, zich terugtrekken of overdreven opgewekt zijn als 'vlucht' in het tegendeel.
- Dependentie of afhankelijk gedrag: Afhankelijk gedrag kenmerkt zich door iemands pogingen om te leven op motiverende kracht van anderen in plaats van op eigen kracht. Dit doet de desbetreffende persoon om de verantwoordelijkheid voor het eigen doen en laten te ontlopen.

Deze indeling is een verbreding van de klassieke wijze van diagnosticeren. Deze indeling maakt het mogelijk om tot praktische behandelafspraken te komen. Het gaat bij deze indeling namelijk om het direct zichtbaar maken van het probleemgedrag. Van daaruit is het mogelijk om strategieën te ontwikkelen om tot een oplossing van problemen te komen. Abroms vat deze strategieën samen met het stellen van grenzen aan gedrag en het leren van sociale vaardigheden.
(Janzing & kerstens 2005)

Kenmerkend voor het gedrag bij ADHD zijn overbeweegelijkheid en concentratieproblemen. Deze jongeren gedragen zich chaotisch en ongeorganiseerd. Taken worden niet afgerond, ze zijn vergeetachtig en snel afgeleid. Deze jongeren zijn impulsief in handelen. Het impulsieve, vaak agressieve en luidruchtige gedrag kan nogal eens leiden tot ruzie met leeftijdsgenoten.

Het gedrag dat typerend is voor ODD/CD is dat deze jongeren vanaf jonge leeftijd betrokken zijn bij criminele gedragingen als vechtpartijen, vandalisme en diefstal. Vaak zijn ze opvallen wreed voor mens en dier. Vaak handelen deze jongeren impulsief, ook raken ze snel geïrriteerd of agressief zonder duidelijke aanleiding. Ze hebben moeite zich te verplaatsen in gevoelens van anderen en hebben zelden echt berouw van hun daden. Kenmerkend voor deze cliënten is dat ze niet in staat zijn nauwe relaties met anderen te onderhouden, wel beschikken ze over een goed ontwikkeld vermogen om mensen te manipuleren, voor te liegen of te bedriegen als dat hen het beste uitkomt.

Bij Borderline hoort het kernwoord instabiliteit. Borderline persoonlijkheden zijn onzeker over hun zelfbeeld. Verder zijn bij deze cliënten de sociale contacten weinig stabiel en is er doorlopend sprake van conflicten en verlatingsangst. Het gevoel van leegte overheerst en er treedt zo nu en dan heftige boosheid op. Bij sommigen leidt dit tot gewelddadig gedrag of automutilatie. Suïcidaal gedrag komt

regelmatig voor. De impulsiviteit komt tot uiting in gedragingen als roekeloosheid, vreetbuien, criminaliteit en misbruik van alcohol en drugs.
(Vandereycken & van Deth 2007)

Wat vraagt dit gedrag van de begeleiding ?

De vijf D's van Abroms leiden tot de vraag: welk milieu, welke houding van het team en welke organisatie van de behandeling zijn het passendst om aan de problemen van de cliënt het hoofd te kunnen bieden.

Uit het onderzoek blijkt dat deze jongeren vooral destructief en deviant gedrag vertonen terwijl de oorspronkelijke doelgroep meer dysfoor en dependent gedrag vertoont. Destructief en deviant gedrag vragen een andere houding van de medewerkers dan dysfoor en dependent gedrag. De houding van medewerkers, biedt vooral ondersteuning op de gebieden waar de cliënt iets te leren heeft.

Volgens Trix van Lieshout 2002 geldt algemeen bij de aanpak van cliënten met ADHD een basishouding van een voortdurende voorstructurering van allerlei situaties. Op deze manier kan de jongere worden voorzien van steun die hij nodig heeft door zijn gebrek aan zelfregulatie en zelfcontrole. Vooral in situaties waarin opgewonden, impulsief gedrag wordt vertoond waarin anderen worden gestoord vraagt dit een directieve aanpak van de medewerker. Hierbij wordt ook geadviseerd om onacceptabel gedrag duidelijk te begrenzen en de consequenties van ongewenst gedrag te bespreken, maar deze ook uit te voeren.

Verder is het belangrijk om toe te zien op medicatie inname, korte duidelijke instructies te geven en snel te reageren op gewenst en ongewenst gedrag. Doordat ADHD een ontwikkelingsstoornis is van het remsysteem hebben deze jongeren meer en sterkere bekrachtigers nodig.

Voor jongeren met ODD/CD geldt dat interventies zich in eerste instantie moeten richten op verandering van het gedrag waar de omgeving het meeste last van heeft. De toename van pro sociaal en de afname van antisociaal gedrag. Dit gebeurt in combinatie met medicatie indien er sprake is van comorbiditeit met ADHD en stemmingsstoornissen. Voor de agressie zelf is geen effectieve medicatie voorhanden.

Verder zal de jongere geconfronteerd moeten worden met zijn voor anderen verstorend gedrag en alternatieven aangereikt moeten krijgen.

De oppositionele gedragsstoornissen zijn heel moeilijk aan te pakken doordat;

- De jongere in het algemeen weinig probleembesef heeft,
- De jongere de schuld van het probleem dikwijls bij anderen legt. (hij reageert alleen)
- Er in eerste instantie winst te behalen valt met oppositioneel gedrag, de omgeving is bang, geeft toe, de jongere kan de omgeving naar zijn hand zetten. Hij heeft onmiddellijke behoeftebevrediging en kan wegvlugten van verantwoordelijkheid,
- De invloed van het gedrag op andere cliënten erg groot is. Het kan de autoriteit van de begeleider danig aantasten, waardoor er in de groep een onveilig klimaat groeit.

Dit vraagt van de begeleiding reële en duidelijke grenzen, stop het gedrag. Het is belangrijk in gevallen van grensoverschrijdend gedrag een strikte, consequente rechtvaardige discipline te stellen, evenals maatregelen te treffen als direct gevolg van dit gedrag.

De houding en attitude van de medewerkers is bepalend in het scheppen van een goed pedagogisch klimaat. Factoren die hierbij een rol spelen in de houding van de begeleider zijn; aandacht, warmte, interesse, betrokkenheid waarbij ook een juiste controle en begrenzing meespelen. De begeleider moet een bereikbaar, aanspreekbaar persoon zijn die een gevoelsmatig contact met de jongere wil aangaan. Ter Horst (1994) vindt iemand een ideale begeleider die zelf volwassen is, zich op eigen kracht staande kan houden, niet meer steeds een bevestiging nodig heeft dat hij het zo goed doet, niet steeds met zijn eigen groeiproses bezig is en zelf verantwoordelijk is voor de weg die hij kiest op basis van evenwichtige overwegingen tussen gevoel en verstand. Verder moet de begeleider ontspannen kunnen zijn, voldoende uitgerust en zelf tegen een stootje kunnen, niet snel terneergeslagen of kribbig zijn, kunnen bijtanken, relativeren, een invoelend vermogen hebben en goede sociale vaardigheden.

5.1.3 Op welke wijze zijn jongeren begeleid vanuit de vorige setting ? voordat ze bij het RIBW komen wonen ?

Om deze vraag te beantwoorden heb ik gesprekken gevoerd met medewerkers vanuit gesloten en besloten groepen binnen jeugdzorgplus instellingen. Het traject begint meestal met een gesloten plaatsing, vervolgens overplaatsing naar een besloten groep om tenslotte doorgeplaatst te worden naar een open groep. In deze volgorde staat het hieronder dan ook beschreven.

Gesloten groep:

Het blijkt dat de jongeren binnen een jeugdzorgplus instelling, mede door de problematiek, beperkt worden in vrijheden. Deze beperking in vrijheden kan te maken hebben met het feit dat een jongere gesloten wordt geplaatst nadat hij een delict heeft gepleegd en dan meedraait met de dagroutine van een gesloten groep. Het kan ook te maken hebben met het bieden van veiligheid en structuur. Het bieden van veiligheid heeft dan betrekking op de beperking van prikkels, of om de jongere af te schermen tegen zijn sociale netwerk. Dit netwerk kan een negatieve werking hebben op de behandeling van de jongere. De jongeren functioneren in een strakke dagstructuur.

De dagprogramma's zijn vanaf het opstaan tot aan bedtijd ingepland met taken, school of werk en vrijetijdsbesteding. Al deze programma's worden aangestuurd door pedagogisch medewerkers. Er is dus continue toezicht op het functioneren van de jongere.

Boodschappen doen de jongeren niet zelf, gezamenlijke ruimtes worden schoongehouden door een schoonmaakster, het eten wordt in shoving dishes binnengebracht en het opruimen van de eigen kamer wordt dagelijks gecontroleerd en gescoord op een scorekaart. Aan deze scorekaart zijn weer privileges verbonden zoals een keer extra bezoek of een extra belbeurt per week.

Besloten groep:

Vanuit het gesprek met een pedagogisch medewerker op een besloten groep binnen jeugdzorgplus blijkt dat bij de instelling waar hij werkzaam is wel op zelfstandigheid getraind wordt. Jongeren worden op een besloten groep getraind op zaken zoals koken, wassen en kamer opruimen. Feit blijft wel dat de pedagogisch medewerkers op alle taken toezien en dat er sancties volgen indien taken niet naar behoren worden uitgevoerd. Bijvoorbeeld; een jongere moet zijn kamer schoonmaken en blijkt dit, na herhaalde waarschuwingen, niet of niet naar behoren uit te voeren. Deze jongere kan dan gesanctioneerd worden door hem op zijn kamer te plaatsen met de schoonmaakspullen en de deur op slot te draaien. Jongeren hebben dan ook geen mogelijkheid om te roken of tv te kijken en kunnen de kamer weer verlaten indien deze, na controle, schoon is.

Verder beslissen jongeren niet over welke maaltijden er gekookt worden, de boodschappen worden door begeleiding gehaald. Tijden van opstaan en naar bed gaan staan ook vast en worden verplicht opgevolgd.

Het leren omgaan met zelfstandigheid gebeurt veelal in de laatste fase door op verlof te gaan. Dit gebeurt door begeleid en later onbegeleid verlof. In deze verlof-weekenden kunnen jongeren laten zien dat ze al dan niet met afspraken om kunnen gaan.

De laatste fase vindt plaats op de besloten afdeling. De jongere dient minimaal een maand tot zes weken op deze afdeling te verblijven voordat er met verlof wordt geoefend.

Er zijn wel programma's ontwikkeld om jongeren te trainen richting zelfstandigheid maar deze worden nog te weinig gebruikt. Als voorbeelden van programma's werden work-wise en een cursus budgettering genoemd.

Open groep:

Indien de jongere, volgens de medewerkers, over voldoende vaardigheden beschikt volgt overplaatsing naar een kamertraining in de stad. Deze kamertraining wordt aangeboden binnen dezelfde instelling alleen op een andere locatie.

Binnen deze kamertraining wordt wel gewerkt met urinecontroles en de mogelijkheid tot correctieplaatsing.

Correctieplaatsing houdt in dat de instelling de mogelijkheid heeft om bij calamiteiten een jongere tijdelijk terug te plaatsen in de besloten, of zelfs geslotenheid. De termijn van correctie is afhankelijk van het voorval.

Indien een jongere overlast veroorzaakt en niet op herhaalde waarschuwingen reageert, heeft de medewerker de mogelijkheid om collega's vanuit de besloten groepen op te roepen. Deze nemen de jongere dan mee naar een time-out ruimte. Vandaar uit wordt besproken hoe nu verder te handelen. Binnen deze kamertraining is ook continue controle op het functioneren van de jongere. Hier is sprake van 24 uren begeleiding.

De jongeren worden middels sancties en beloningen gestimuleerd taken uit te voeren en het dagprogramma te volgen. Binnen een jeugdzorgplus instelling is de begeleiding veel directiever dan bij de RIBW. Zoals een medewerker het noemt; 'een dwingender aanpak'. Hij ervaart dan ook een groot verschil in visie en werkwijze tussen Jeugdzorgplus en de RIBW. Op mijn vraag omtrent uitstroomcriteria werd geantwoord dat dit met veel jongeren niet besproken wordt, omdat ze de leeftijd van 18 bereiken.

De instelling beschikt dan niet meer over wettelijke mogelijkheden om jongeren binnen de instelling te houden. Jongeren worden dan, indien mogelijk, weer in de thuis situatie geplaatst. Indien de thuissituatie dit niet toelaat wordt er gezocht naar een vervolgplek, zoals bijvoorbeeld een beschermde woonvorm van de RIBW.

Jongeren zijn gemotiveerd om doorgeplaatst te worden maar blijken geen idee te hebben wat hen daar te wachten staat of wat er van hen verwacht wordt. In de praktijk blijkt dat door tijdgebrek in korte tijd veel georganiseerd moet worden om een jongere doorgeplaatst te krijgen naar een andere instelling. Dit tijdgebrek kan te maken hebben met het feit dat een jongere wordt geplaatst een aantal maanden voordat hij 18 wordt, of dat de caseload van de betreffende trajectbegeleider zo groot is dat hij er niet aan toe komt.

De jongere weet hierdoor vaak onvoldoende wat op de volgende instelling van hem verwacht wordt. Op mijn vraag of jongeren getraind worden in zelfstandigheid werd ontkennend geantwoord.

Hier komt het probleem naar voren, in feite houdt de zelfstandigheidstraining binnen gesloten jeugdzorgplus in dat de jongere laat zien dat hij met vrijheden, zoals verlof, kan omgaan. Indien hij op de afgesproken tijd terug is en niet zwaar onder invloed terug keert of met justitie in aanraking is geweest, is dat een reden om hem een volgende keer weer op verlof te laten gaan.

Als dit voor de jongere het begrip zelfstandigheid inhoudt, is de stap naar een beschermde woonvorm inderdaad te groot. Binnen de RIBW houdt zelfstandigheid in dat de jongere kan omgaan met, voor de meeste mensen, basale zaken zoals; op tijd naar bed gaan, op tijd opstaan, afspraken kunnen maken en nakomen, leefruimte schoonhouden, boodschappen doen, eten koken, etc.

Voor veel jongeren vanuit jeugdzorgplus zijn deze zaken helemaal niet vanzelfsprekend. De motivatie van jongeren om zaken te ondernemen hangt altijd samen met het feit dat er iets te verdienen valt.

Bovenstaande werkwijze kan per jeugdzorgplus instelling variëren. De beschreven werkwijze op een gesloten groep ken ik vanuit eigen ervaring binnen een jeugdzorg instelling.

5.1.4. Hoe wordt de visie en methodiek van de RIBW vertaald naar de manier van begeleiden bij jeugdzorgplus jongeren ?

De houding van mensen aan wie cliënten toevertrouwd zijn varieert tussen twee polen. De ene pool is de bewakershouding, de zogenaamde custodiale houding. De andere pool is de therapeutische houding. Het is duidelijk dat deze twee houdingen een visie op cliënten aangeven. In het eerste geval, de custodiale houding, worden cliënten als gevaarlijk gezien. Deze cliënten moeten van de samenleving worden geïsoleerd omdat anderen anders bang zijn of gevaar lopen. In het tweede geval (therapeutische houding) wordt de cliënt gezien als een persoon met mogelijkheden tot veranderen.. Hij is een persoon die lijdt onder zijn problemen die min of meer oplosbaar zijn. In deze benadering

vormen angst en/of agressie niet het uitgangspunt, maar is het humaan betrokken zijn het belangrijkste fundament.

Vanuit de visie en rehabilitatiemethodiek van het RIBW blijkt dat hier gewerkt wordt vanuit een therapeutische houding. Een houding is therapeutisch wanneer cliënten de ruimte en hulp geboden wordt om tot een oplossing van hun problemen te komen. Dit wil niet zeggen dat alle cliënten tot een oplossing van hun problemen moeten komen. Werken vanuit een therapeutische houding betekent dat er rekening wordt gehouden met de mogelijkheden van de cliënt. Het ruimte bieden aan cliënten om tot het oplossen van hun problemen te komen, is voor een belangrijk deel afhankelijk van de eigen ruimte van de hulpverlener. Hiermee wordt bedoeld dat wat hij met cliënten doet, mede bepaald wordt door zijn persoonlijkheid: wie hij zelf is, hoe hij zichzelf beleeft en hoe hij zijn eigen problemen oplost.

De visie en methodiek past bij het supportieve milieu. Een supportieve behandeling is een ondersteunende 'dragende' behandeling. Zij omvat een breed scala aan technieken. Gemeenschappelijk aan al die technieken is dat leren, oefenen en trainen centraal staan. Binnen de GGZ komt het supportief werken met cliënten het meeste voor. Supportieve behandeling is een individuele behandeling op maat. Dit houdt in dat precies geboden wordt wat de cliënt aan leren en ondersteuning nodig heeft.

In het handboek GGZ-competenties wordt de volgende definitie gegeven van begeleiden: Richting en sturing geven aan klanten/cliënten/patiënten in het kader van hun hulpvraag en ontwikkeling. Stijl van behandelen/ begeleiden hierbij aanpassen aan de klant/cliënt/patiënt/ groep en situatie.

Dit komt overeen met de beschrijving van de gehanteerde methodiek in hoofdstuk 3.2. Hier wordt namelijk genoemd dat de milieugerichte benadering in de rehabilitatie richt zich op het creëren of handhaven van een plezierig, functioneel en zo genormaliseerd mogelijk leefmilieu. Het milieu kan beschouwd worden als een prothese die de beperkingen van de cliënt ondervangt, hem bescherming en veiligheid verschaft. Vanuit deze veilige omgeving kan de cliënt echter ook uitgenodigd worden om nieuwe activiteiten te ondernemen en zich te ontplooien.

De begeleidings-strategieën 'open overleg' en 'onderhandelen' passen binnen deze stijl. Deze begeleidingsstijl staat haaks op de beantwoording van deelvraag 5.1.3. Hieruit blijkt juist dat deze jongeren gewend zijn om middels controles en sancties taken uit voeren. Indien binnen de RIBW een taak niet wordt uitgevoerd volgt een gesprek om de jongere op zijn verantwoordelijkheid te wijzen. Gezien het bovenstaande bij vraag 5.1.3 zal dit weinig indruk op de jongere maken doordat hij niet op zijn vrijheden hoeft in te leveren. Ondanks dat hij zich niet aan zijn afspraken houdt kan hij blijven doen wat hij wil.

Daar komt bij dat bij de beantwoording van vraag 5.1.2 is gebleken dat jongeren met een gedragsstoornis heel moeilijk aan te pakken zijn doordat ze weinig probleembesef hebben en er winst te behalen is met oppositioneel gedrag. De omgeving is bang en de jongere kan de omgeving naar zijn hand zetten.

Dit vraagt juist van de begeleiding reële en duidelijke grenzen te stellen, stop het gedrag. Het is belangrijk in gevallen van grensoverschrijdend gedrag een strikte, consequente rechtvaardige discipline te stellen, evenals maatregelen te treffen als direct gevolg van dit gedrag. Indien dit middels een gesprek plaatsvindt zal dit niet tot het gewenste resultaat leiden.

Vanuit het gesprek met de rehabilitatiecoach van de RIBW blijkt dat hij zich afvraagt of de medewerkers van de Kromme Elleboog wel over voldoende tijd beschikken om te komen tot de juiste hulpvraag. Er moet een gedegen onderzoek aan het stellen van de hulpvraag vooraf gaan, dit is nodig om te kijken 'achter' de hulpvraag. Waarom stelt een cliënt deze hulpvraag, wat wil hij nu eigenlijk echt.

Indien de medewerker over te weinig tijd beschikt om de juiste hulpvraag te achterhalen en de jongere is niet in staat om zelfstandige en evenwichtige keuzes te maken dan houdt het opgestelde begeleidingsplan weinig in.

5.1. 5. Tegen welke problemen loopt het team de kromme elleboog aan in de begeleiding met jongeren die zijn verwezen vanuit jeugdzorgplus ?

Deze vraag is beantwoord door het interviewen van alle medewerkers van team de Kromme Elleboog. Het team bestaat uit 11 medewerkers, waaronder een stagiaire en twee medewerkers in opleiding. Van dit team beschikt 72,7 % over een afgeronde HBO opleiding en 27,3 % over een MBO opleiding. De leeftijd van de medewerkers varieert van 26 tot en met 49 jaar. De gemiddelde leeftijd van de medewerkers is 32 jaar. 45,4 % bestaat uit mannelijke teamleden, 54,6 % uit vrouwelijke. De vragenlijst is te vinden in bijlage 2.

Het blijkt dat slechts 27,2 % van de teamleden weet vanuit welke setting jongeren worden geplaatst binnen de RIBW. Dit betekent dat 72,8 % het niet weet. Toch zou het belangrijk zijn om hiervan op de hoogte te zijn om de begeleiding te kunnen laten aansluiten op hetgeen de jongere gewend is. Van hieruit kan er vervolgens fasegewijs meer vrijheid ingebouwd worden.

Op mijn vraag waar de teamleden tegenaan lopen in de begeleiding van deze jongeren wordt geantwoord;

- afspraken niet nakomen 45 %,
- verbale agressie 36 %,
- respectloos richting begeleiding 27 %,
- moeilijk contact te leggen 18 %,

Verder wordt er nog genoemd; splits gedrag (medewerkers tegen elkaar uitspelen), manipulatief gedrag, moeilijk te motiveren om corveetaken uit te voeren en het ontbreken aan zelfinzicht (het probleem ligt altijd aan een ander).

Een ander punt dat opvallend vaak als opmerking genoemd wordt, is dat de jongeren moeilijk te sturen zijn in hun gedrag. Teamleden geven aan dat er weinig mogelijkheden zijn om consequenties te verbinden aan het gedrag van de jongere. Indien jongeren afspraken niet nakomen volgt een gesprek, indien nodig in het bijzijn van de regiomanager maar veel meer mogelijkheden zijn er niet. Bij het veroorzaken van overlast kan een jongere tijdelijk geplaatst worden op een logeerplek, maar alleen als er een kamer vrij is op de locatie.

Op de vraag wat deze jongeren nodig hebben op de Kromme Elleboog antwoordt de grote meerderheid (81 %) van de teamleden met dagbesteding en structuur.

Het blijkt dat het missen van een dagstructuur leidt tot verveling en niet gemotiveerd zijn om in de ochtend op te staan. Het gevolg is dat jongeren dag en nacht ritme omdraaien en doordat ze midden in het uitgaanscentrum van Arnhem wonen is de verleiding om s' nachts de stad in te gaan erg groot. Dit uitgaan en het bijhorende alcohol en/of drugsgebruik heeft een grote ontregelende werking op de jongeren.

Verder blijken veel medewerkers wel op de hoogte van de ziektebeelden ADHD en Borderline, maar niet op de hoogte met ODD/ CD.

Op de vraag over de mate van zelfstandigheid wordt veel geantwoord dat deze jongeren niet over de mate van zelfstandigheid beschikken die binnen de RIBW van hen verwacht wordt, ze zijn wel zelfstandig in het overleven op straat, maar niet in het maken van evenwichtige keuzes. De jongeren beschikken niet over de basale vaardigheden om zichzelf te redden, zoals; zelfverzorging, leefruimte schoonhouden, medicatie innemen, boodschappen doen, eten koken, wassen etc.

Over de motivatie van de jongeren werd geantwoord dat motivatie vaak gericht is op hun eigen comfort. De jongeren zijn gemotiveerd voor zaken waar ze iets mee te winnen hebben en ze zoeken de makkelijkste weg om het doel te behalen. Het behalen van dat doel kan desnoods ten koste gaan van anderen.

Hoofdstuk 6

- 6.1 Conclusies

De toename van het aantal jongeren vanaf 2006 komt voort uit het gewijzigde aanbod vanuit de RIBW. De oorspronkelijke doelgroep kwam voort uit de GGZ, tegenwoordig worden ook jongeren vanuit jeugdzorgplus geplaatst bij de RIBW. Vooral jongeren vanuit jeugdzorgplus ervaren een kloof tussen de besloten jeugdzorg en de beschermde woonvoorziening van de RIBW.

Uit dit onderzoek blijkt dat de psychiatrische problematiek van jongeren vanuit jeugdzorgplus afwijkt van de psychiatrische problematiek van jongeren vanuit de GGZ. Dit houdt in dat ook het gedrag dat voorvloeit vanuit deze ziektebeelden verschilt van de oorspronkelijke doelgroep.

De oorspronkelijke doelgroep vertoont meer afhankelijk en teruggetrokken gedrag, terwijl de jongeren vanuit jeugdzorgplus meer acting out gedrag vertonen. Hieronder valt ook impulsief, luidruchtig, agressief en opstandig gedrag. Dit gedrag veroorzaakt vaak overlast voor de omgeving.

Vanuit interviews en theorie blijkt dat vooral een combinatie van Borderline of ADHD, met een gedragsstoornis uitermate moeilijk te begeleiden is binnen de RIBW.

Dit gedrag vraagt een andere opstelling van het team. De begeleidingsstijl van het team komt voort uit de rehabilitatiemethodiek, maar het team lijkt binnen deze methodiek teveel aan te sluiten bij de wens van de cliënt. De methodiek biedt ook de mogelijkheid om de regie van de cliënt tijdelijk over te nemen.

De rehabilitatiemethodiek die wordt gehanteerd binnen de RIBW gaat uit van cliënten die in staat zijn zelfstandige keuzes te maken, terwijl blijkt dat deze doelgroep juist vaak impulsieve en niet doordachte keuzes maakt. Door als team aan te sluiten bij deze impulsieve keuzes komt het werken aan de begeleidingsdoelen onvoldoende tot stand. Daar komt bij dat deze jongeren dan weinig structuur ervaren terwijl blijkt dat deze jongeren juist gebaat zijn bij begeleiding die structuur biedt en ongewenst gedrag begrenst.

De begeleidingsstijl binnen jeugdzorgplus is directiever en daar motiveert men jongeren middels sancties en beloningen (extrinsieke motivatie). Binnen de RIBW wordt meer uitgegaan van intrinsieke motivatie bij de jongeren. Dit verklaart, naast het verschil in de begeleidingsstijlen, de kloof die de jongeren ervaren tussen jeugdzorgplus en de RIBW.

De problemen die door de teamleden van De Kromme Elleboog ervaren worden, horen deels bij de ziektebeelden en deels bij het feit dat deze jongeren niet over de mate van zelfstandigheid beschikken die binnen de RIBW van hen verwacht wordt.

De RIBW verwacht een grote mate van zelfstandigheid op het gebied van afspraken nakomen en bepaalde basisvaardigheden met betrekking tot het verzorgen van zichzelf en de leefomgeving. Het team zou er goed aan doen heldere voorwaarden te stellen aan jongeren die komen wonen op de Kromme Elleboog. Voorwaarden op het gebied van wat een jongere komt leren, maar ook heldere instructies geven over de huisregels. Duidelijke grenzen bieden waar de jongere zich aan dient te houden.

- 6.2 Aanbevelingen:

Er dient nader onderzoek te volgen of de rehabilitatiemethodiek op de juiste wijze wordt toegepast door medewerkers van team de Kromme Elleboog. De rehabilitatiecoach vanuit de RIBW stelt namelijk dat er binnen de rehabilitatiemethodiek gewerkt kan worden vanuit de kwetsbaarheid of vanuit de wens van de cliënt. Indien er gewerkt wordt vanuit de kwetsbaarheid dan neemt de medewerker de regie over van de cliënt, indien vanuit de wens wordt gewerkt dan volgt de medewerker de cliënt. Zelf ben ik van mening dat de medewerkers van team de Kromme Elleboog teveel vanuit de wens van de cliënt werken, terwijl dit gezien de zelfstandigheid en motivatie van de jongeren meer vanuit de kwetsbaarheid zou moeten zijn. De medewerkers zouden meer de regie moeten voeren over de cliënten van de Kromme Elleboog.

Daarnaast zal er meer ingezet moeten worden op structuur in de dag door middel van dagbesteding. Vanuit de interviews met de teamleden blijkt namelijk dat 81% van de teamleden aangeeft dat de jongeren dit nodig hebben, momenteel heeft de doelgroep weinig omhanden wat verveling in de hand werkt. De jongeren zijn niet gemotiveerd in de ochtend uit hun bed te komen omdat ze niets om handen hebben. Hierdoor wordt de drempel lager om s' avonds de stad in te gaan en erg laat te gaan slapen. Dit heeft tot gevolg dat het dag en nacht ritme ontregeld raakt.

Verder is het belangrijk om vanuit de RIBW een samenhangend aanbod te creëren op het gebied van wonen, opleiding, werk en vrije tijd.

Aanbevelingen overgenomen uit het rapport 'groeien naar volwassenheid, Zewuster 2003 en aangevuld met eigen bevindingen;

- In de lijn van met de rehabilitatiebenadering zou per situatie en per persoon gekeken moeten worden naar een geschikte woonplek.
Dit vraagt maatwerk van intakefunctionarissen en regiohoofden op het gebied van plaatsing.
- Deskundigheidsbevordering binnen het team in de omgang met deze jongeren. Specifiek gericht op ADHD in combinatie met een gedragsstoornis.
- Het variëren in begeleidingsintensiteit. Doordat juist jongeren getraind moeten worden in woonvaardigheden en dagbesteding zou er in het begin van het verblijf binnen de RIBW een intensievere begeleiding toegepast moeten worden die aansluit op het voortraject van de jongere.

Het ervaren van de kloof, zoals beschreven in de probleemstelling, door de jongeren vanuit jeugdzorgplus dient op twee vlakken aangepakt te worden.

Eenzijds aan de kant van jeugdzorgplus door jongeren meer te trainen op het gebied van zelfstandigheid en voor te bereiden op hetgeen er binnen de RIBW van hen verwacht wordt.

Anderzijds vanuit de RIBW door helder te communiceren richting jeugdzorgplus wat de RIBW van deze jongeren verwacht op het gebied van zelfstandigheid en motivatie. Daarnaast door per jongere te kijken naar een geschikte woonvorm en de begeleidingsintensiteit aan te passen aan het niveau/ mate van zelfstandigheid van de jongere.

Dit dient gecombineerd te worden met een uitleg aan het team door de rehabilitatiecoach welke mogelijkheden de rehabilitatiemethodiek biedt in de begeleiding van deze jongeren.

- 6.3 Overige aanbevelingen:

Vanuit de interviews onder de teamleden van De Kromme Elleboog, zijn een aantal algemene opmerkingen naar voren gekomen die niet binnen het onderzoeksterrein van dit onderzoek vallen maar die ik toch wil noemen.

De RIBW zou er goed aan doen om te onderzoeken in hoeverre de locatie geschikt is om deze doelgroep jongeren te begeleiden. De locatie biedt mogelijkheden maar kent ook veel verleidingen voor de jongeren doordat deze zich midden in het uitgaanscentrum van Arnhem bevindt. Café's, discotheken en coffee-shops bevinden zich binnen loopafstand.

Daarnaast leidt geluidsoverlast door de jongeren veelvuldig tot klachten van de burens, maar ook onderling heeft dit spanningen tot gevolg doordat het pand gehorig is. De algemene ruimtes zijn klein, dit maakt dat de jongeren intensief met elkaar samen leven met allerlei irritaties tot gevolg.

Andere opmerkingen hadden betrekking op de caseload van begeleiders en het aantal neventaken dat bij de functie hoort. Dit maakt dat de begeleiding niet altijd op de locatie aanwezig is wat minder toezicht op de jongeren tot gevolg heeft. Verder stelt de methodiek dat begeleidingsplannen van cliënten binnen zes maanden gereed moeten zijn, terwijl dit bij de doelgroep jongeren binnen enkele weken en liever nog aan de start van de begeleiding moet zijn.

Het aantal cliënten op De Kromme Elleboog maakt dat niet alle begeleiders op de hoogte zijn van individuele begeleidingsdoelen en afspraken wat leidt tot onduidelijkheid onder de jongeren en de begeleiding.

Deze onduidelijkheid kan verminderd worden door het team te verdelen over de verschillende etages van De Kromme Elleboog zodat de begeleiders, gekoppeld aan een etage, ook op de hoogte zijn van de begeleidingsplannen en doelen.

Dit vraagt van het management een uitbreiding van het aantal personeelsleden op de Kromme Elleboog.

Literatuurlijst:

Boeken:

- Handboek GGZ- competenties RIBW Arnhem en Veluwe vallei dec. 2006 PiCompany2009
- Janssen Drs. H.J. Beschermde wonen voor jeugd in Arnhem, een nieuw aanbod van de RIBWAVV, reinoud Advies 2005
- Wilken & den Hollander, Psychosociale rehabilitatie, een integrale benadering, SWP uitgeverij zesde druk oktober 2008
- Verhoeven, Nel, "Wat is onderzoek" praktijkboek methoden en technieken voor het hoger onderwijs. Boom onderwijs, tweede druk 2008
- Prof. dr. W Vandereycken, Drs. R. van Deth, Psychiatrie, Bouwstenen voor gezondheidszorgonderwijs, Bohn Stafleu Van Loghum tweede druk, tweede oplage 2007
- Lieshout, Trix van, Pedagogische adviezen voor speciale kinderen. Bohn Stafleu Van Loghum, 2002.
- Janzing en Kerstens, Werken in een therapeutisch milieu, Bohn Stafleu Van Loghum 2005

Onderzoeksrapport:

- Zewuster Drs, Groeien naar volwassenheid, een beschrijvend onderzoek naar adolescenten en jongvolwassenen in de RIBW Arnhem en Veluwe Vallei, 2003

Internet:

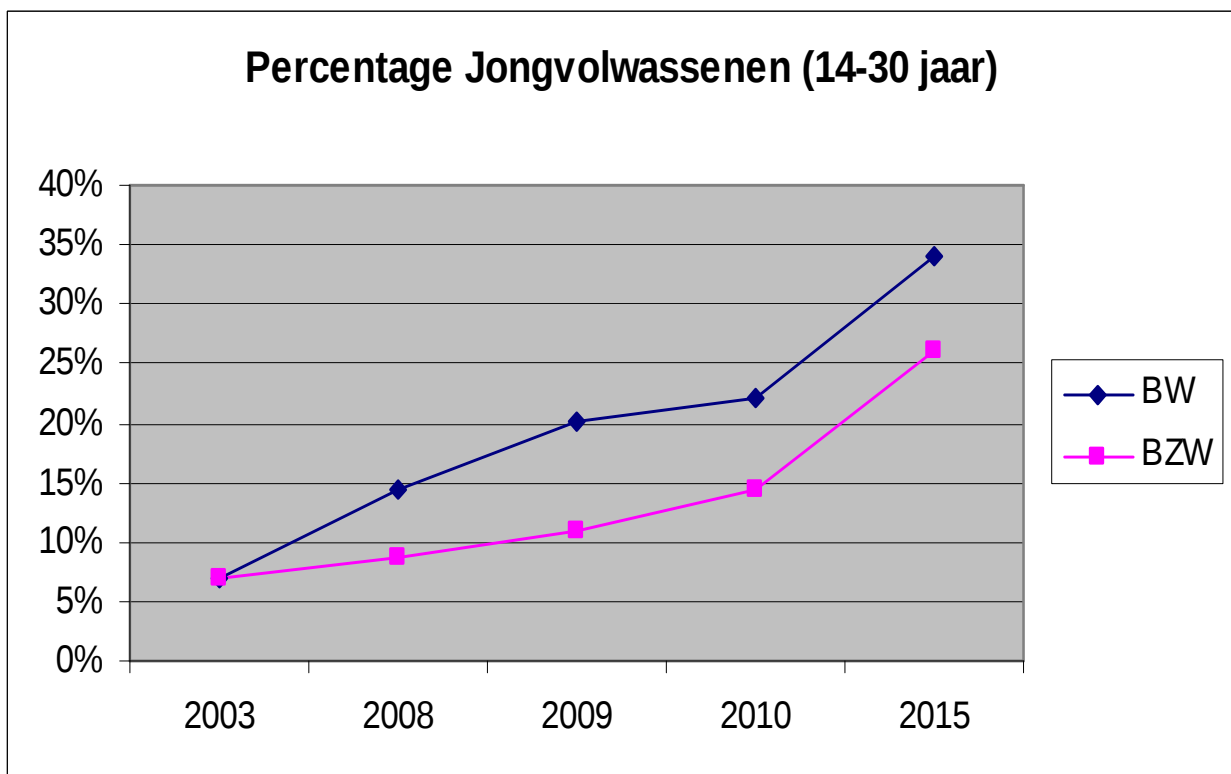
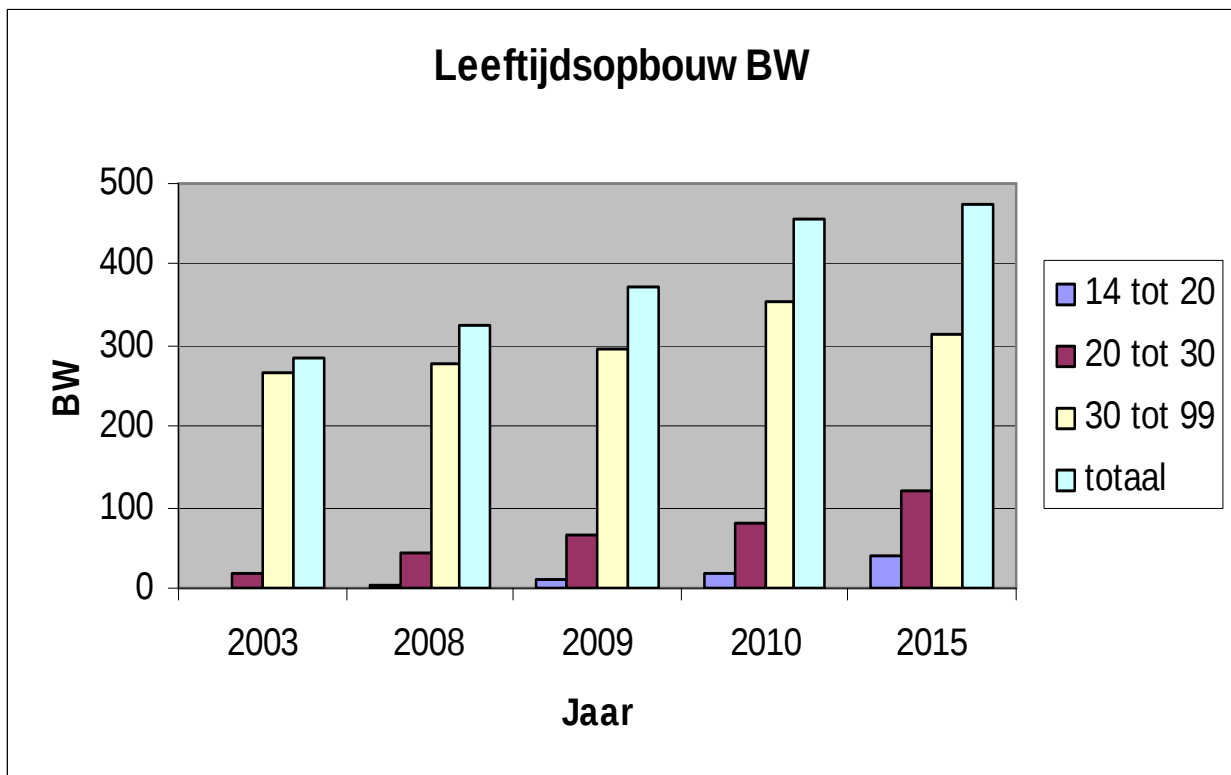
- <http://lczorg.rinogroep.nl/?pageID=87>
- <http://www.balansdigitaal.nl/sitemanager.asp?pid=11>
- <http://www.balansdigitaal.nl/sitemanager.asp?pid=49>
- <http://www.balansdigitaal.nl/sitemanager.asp?pid=232>
- <http://www.balansdigitaal.nl/sitemanager.asp?pid=235>
- www.jeugdzorgplus.nl
- www.trimbos.nl
- www.ribwavv.nl
- www.desprengen.nl
- www.pactum.nl
- www.ogheldring.nl

Artikelen:

- http://www.jeugdzorgplus.nl/_files-cms/File/publicaties/Brief%20TK%20stand%20van%20zaken%20gesloten%20jeugdzorg%2009-03-10.pdf

Praktijkbronnen:

- Aart Koopmans Regiomanager RIBWAVV Arnhem Centrum
- Begeleiders en medewerker begeleiders team de 'Kromme Elleboog'
- Rieneke van der Hoff, medewerkster voordeurteam RIBWAVV
- John Tomas , Rehabilitatiecoach RIBWAVV
- Kea van der Vinne; Unitleidster De Sprengen te Zutphen
- Jan Wijnenberg; Trajectbegeleider de Sprengen Zutphen/ Wapenveld
- Mark ten Have; Pedagogisch medewerker jeugdzorg plus
- Helmer Kalkwiek, beleidsmedewerker Programmabureau Jeugdzorgplus Utrecht

Bijlage 1: Groeiscenario RIBW-AVV < 30 jaar

Bijlage 2: Vragenlijst medewerkers Kromme Elleboog

Ingevuld door M / V

Leeftijd;

Werkervaring;

Opleiding;

Weet je vanuit welke setting (tijdens interview namen jongeren noemen)...komen ?

Weet je op welke manier de jongeren in die setting begeleid worden ?

Wat hebben, deze jongeren, op de KRE nodig aan begeleiding ?

Waar loop je tegenaan in de begeleiding van deze jongeren ?

Wat denk je dat deze jongeren nodig hebben om binnen de KRE te kunnen wonen ?

Vind je het prettig om te werken met deze jongeren ?

Ben je op de hoogte van de psychiatrische ziektebeelden, ADHD, CD/ ODD en Borderline ?

Welk gedrag komt hieruit voort ?

Hoe reageer jij op agressie om veiligheid te waarborgen voor jezelf en de jongeren ?

- Veiligheid van de medewerkers
- Veiligheid bieden aan de jongeren

Kun je iets vertellen over de mate van zelfstandigheid van deze jongeren ?

Kun je iets vertellen over de mate van motivatie van deze jongeren ?

Ruimte voor opmerkingen/ aanvullingen

Bijlage 3 Onderwerpenlijst medewerkers jeugdzorg

De gesprekken met de medewerkers vanuit jeugdzorg zijn gevoerd aan de hand van de volgende onderwerpen:

Vanuit welke visie vangen jullie jongeren op ?

Trainen jullie de jongeren op zelfstandigheid?

Wanneer worden jongeren doorgeplaatst naar een andere instelling en welke uitstroom criteria worden hierbij gehanteerd ?

Wie beslist over het doorplaatsen van jongeren ?

Zijn jongeren gemotiveerd om door geplaatst te worden ?

Zo ja, waarom wel ?

Zo nee Waarom niet ?

Bijlage 4

ADHD

Kenmerken van ADHD

Kinderen met ADHD vallen vooral op omdat zij:

- moeilijk kunnen blijven zitten
- snel zijn afgeleid
- wiebelen, draaien en veel friemelen
- moeilijk op hun beurt kunnen wachten
- antwoord geven voordat de vraag is gesteld
- moeilijk instructies kunnen volgen
- moeilijk blijvend de aandacht kunnen richten
- van de ene activiteit naar het andere hollen
- niet rustig kunnen spelen
- overdreven veel praten
- anderen in de rede vallen
- niet luisteren naar wat anderen zeggen
- veel kwijtraken of vaak wat verliezen
- zich vaak in gevaarlijke situaties storten

Veel van deze kenmerken komen bij alle kinderen in meer of mindere mate voor. Bij kinderen met ADHD gaat het om een aantal kenmerken die in *ernstige mate* voorkomen en de ontwikkeling van het kind belemmeren.

Oorzaak en gevolgen van ADHD

De oorzaak van ADHD is (nog) niet helemaal duidelijk. Recent onderzoek wijst erop dat er bij ADHD sprake is van een neurobiologische stoornis in de hersenen, op het niveau van de zenuwverbindingen (neurotransmissie).

ADHD komt in sommige families vaker voor dan in andere families. Men gaat uit van een kwetsbaarheid in de erfelijke aanleg die wordt beïnvloed door verschillende omgevingsfactoren. Dat zijn zowel biologische factoren die spelen rondom zwangerschap, bevalling en ontwikkeling van het kind als psychologische en sociale omgevingsfactoren die te maken hebben met onder meer opvoeding en onderwijs.

ADHD komt in alle landen en culturen voor. Gemiddeld worden er percentages van 3 tot 10% genoemd. Dat heeft enerzijds te maken met de manier waarop symptomen worden beoordeeld en anderzijds met het feit dat deze problematiek in bepaalde gebieden vaker voorkomt. In Nederland heeft de Gezondheidsraad zich uitgesproken over een percentage van 2-4% van de schoolgaande kinderen tot 14 jaar, waarbij 2% zeer ernstige symptomen heeft en het bij 4% van de kinderen in lichtere mate voorkomt.

Gevolgen

De gevolgen van ADHD kunnen ernstig zijn, zowel voor het kind als voor zijn directe omgeving, zijn ouders, broertjes en zusjes. Maar ook voor de maatschappij, want als ADHD niet wordt behandeld, kan het zowel voor de maatschappij als voor de gezondheidszorg een flinke kostenpost veroorzaken.

Diagnose ADHD

ADHD is nog niet vast te stellen aan de hand van objectieve gegevens uit lichamelijk onderzoek of bloed en urinetesten. De diagnose wordt meestal door een arts gesteld aan de hand van systematisch verkregen gegevens van ouders, leerkrachten en bevindingen uit onderzoek van diverse deskundigen uit de medische en psychologische beroepsgroep.

Zij gaan na of er sprake is van de criteria die zijn opgesteld in de DSM, het internationale classificatiesysteem van de Geestelijke Gezondheidszorg.

Waar kunt u terecht?

Het is een bekend gegeven dat ouders van kinderen met ADHD dikwijls een lange weg afleggen voordat er een diagnose wordt gesteld en een behandeling wordt ingezet. Er zijn in principe verschillende routes mogelijk.

De eerste is via het Bureau Jeugdzorg, dat in alle regio's het centrale loket voor jeugdhulp moet vormen. Helaas functioneert dat op dit moment nog lang niet overal naar wens en zijn er flinke wachtlijsten.

Een andere route loopt via een in ADHD gespecialiseerde kinderarts die deel uitmaakt van het kinderartsennetwerk ADHD.

Wanneer er twijfels zijn over de algemene gezondheid van het kind of er problemen vermoed worden met bijvoorbeeld het gehoor, volgt er een verwijzing naar een kinderarts, kinderneuroloog, revalidatiearts, kno-arts of oogarts. Aanvullende onderzoeken zoals een EEG, ECG en laboratoriumonderzoek, worden niet standaard gedaan voor de diagnose ADHD, maar alleen aangevraagd als de verkregen informatie daartoe aanleiding geeft.

Behandeling van ADHD

De behandeling van ADHD bestaat uit een combinatie van:

- informatie en inzicht geven in de stoornis
- medicatie
- begeleiding thuis
- begeleiding op school

Informatie en inzicht

Behalve op deze website is er ook informatie over ADHD te vinden in boeken en richtlijnen.

Uitgebreide informatie over kenmerken, diagnose, behandeling en de aanpak van ADHD thuis en op school, vindt u in het boek 'Het is ADHD', uitgegeven door Balans.

Op www.kiesbeter.nl staat een keuzehulp voor kinderen met ADHD tussen de 5 en 12 jaar, bedoeld voor ouders als hulp bij het maken van een keuze voor een behandeling. Kenmerken en voor- en nadelen van behandelingen worden hier op overzichtelijke wijze beschreven.

Voor informatie over protocollen en richtlijnen voor behandeling van ADHD, verwijzen wij u naar de websites van:

Medicatie

Medicijnen vormen een belangrijk onderdeel van de behandeling van ADHD. Ze kunnen bij veel kinderen met ADHD zorgen voor een sterke verbetering van het gedrag. Dit heeft een gunstig effect op onder meer het schoolwerk, de fijne motoriek en de opvoeding.

Medicatie geneest de ADHD niet, maar kan voorkomen dat de ontwikkeling van het kind wordt belemmerd.

Begeleiding thuis

Kinderen met ADHD zijn moeilijk op te voeden. De normale aanpak werkt bij hen niet of onvoldoende. Door hun onvoorspelbare gedrag maken zij kinderen met ADHD het hun ouders erg moeilijk om kalm en positief te blijven reageren. En dat is jammer, want uit onderzoek blijkt dat juist kinderen met ADHD het meeste leren van een omgeving die vooral consequent en sterk positief reageert op goed gedrag. Om dat te leren kunnen ouders baat hebben bij ondersteuning bij de opvoeding, waarin ze kunnen leren welke opvoeding het beste werkt bij (hun kind met) ADHD.

Begeleiding op school

Een goede aanpak op school kan voor het kind het verschil maken tussen een positieve of mislukte schoolperiode. Zonder medewerking van school wordt het kind niet voldoende in staat gesteld om de aanwezige capaciteiten te ontwikkelen.

Bron <http://www.balansdigitaal.nl/sitemanager.asp?pid=11>

ODD EN CD

Kenmerken bij ODD en CD

Kinderen en jongeren met ODD en CD hebben dikwijls een tekortschietende emotionele zelfregulatie, zijn snel gefrustreerd en weinig flexibel in het omschakelen naar een andere houding ten opzichte van een situatie.

Onderstaande kenmerken zijn typerend voor deze gedragsstoornissen.

Kenmerken ODD

- is vaak driftig
- verzet zich tegen regels, weigert zich te voegen naar wat de volwassene vraagt
- maakt vaak ruzie met volwassenen
- Ergert anderen met opzet
- geeft de schuld van eigen fouten aan anderen
- is vaak prikkelbaar, ergert zich vaak
- is vaak boos of gepikeerd
- is hatelijk en wraakzuchtig

Kenmerken bij CD

- pest, bedreigt, intimideert
- gebruikt wapens en brengt lichamelijk letsel toe
- zet aan tot vechten
- mishandelt mens en dier
- dwingt tot seksueel contact
- steelt of liegt en vernielt met de bedoeling ernstige schade aan te richten
- spijbelt en loopt weg van huis

Gedragsstoornissen gaan vaker dan gemiddeld gepaard met leerproblemen, stemmingsproblemen, hyperactiviteit en verslaving.

Oorzaak en gevolgen van ODD-CD

'Het zit in het kind'; 'het ligt aan de ouders'. Jarenlang heeft de discussie over de oorzaak van ernstige gedragsproblemen gedraaid om deze twee uitersten.

Tegenwoordig wordt er uitgegaan van een combinatie van aanleg en omgeving. Er zijn aanwijzingen dat er bij kinderen met ernstige gedragsstoornissen sprake is van een afwijkende biologische 'outfit'. Zij zouden een langzamer hartslag hebben en een hogere stressdrempel.

De gevolgen

De gevolgen van agressieve gedragsstoornissen kunnen zeer ernstig zijn, zowel voor het kind zelf als voor het gezin waarin het opgroeit. In het uiterste geval kan het leiden tot mishandeling van ouders, van broertjes en zusjes, van dieren en van leeftijdsgenootjes.

De ervaring leert dat op het thema 'mishandeling door kinderen en jongeren binnen het gezin' een groot taboe rust. Het kost ouders kennelijk grote moeite om het probleem in ware omvang te onderkennen en te erkennen. Vaak schamen zij zich zo dat ze pas hulp gaan zoeken als de neerwaartse spiraal van steeds verder escalerend gedrag nauwelijks meer om te buigen is. Het gezin kan hierdoor ernstig geïsoleerd raken.

Agressieve gedragsstoornissen worden vaak in verband gebracht met later optredend crimineel en delinquent gedrag. Uit onderzoek blijkt dat vooral antisociaal gedrag op de kinderleeftijd (onder de 10 jaar) een voorspellende waarde heeft voor later optredende ernstige - met name gewelddadige - delinquentie.

Diagnose

Ernstig agressief gedrag in de kinderleeftijd moet zeer serieus genomen worden. Dit gedrag gaat in veel gevallen niet vanzelf over. Te vaak wordt de hulpverlening pas benaderd als 'het water al aan de lippen staat'.

Hulp bij agressieve gedragsstoornissen zal in de meeste gevallen moeten worden gezocht bij Kinder- en jeugdpsychiaters in de Geestelijke Gezondheidszorg. Soms zal deze hulp moeten worden gecombineerd met een vorm van jeugdhulpverlening, met name wanneer een uithuisplaatsing wordt overwogen.

Een kinder- en jeugdpsychiater diagnosticeert een agressieve gedragsstoornis aan de hand van gegevens uit gesprekken met ouders en leerkrachten over de voorgeschiedenis van het kind of de jongere en zijn eigen observaties in contacten met het kind of de jongere. Bij kinderen is men zeer voorzichtig met de diagnose antisociale gedragsstoornis, omdat agressief gedrag ook bij bepaalde leeftijdsfasen kan horen en een kind nog niet uitontwikkeld is.

Ouders kunnen zelf naar het Bureau Jeugdzorg stappen, of zich via de huisarts of kinderarts naar een kinder- en jeugdpsychiater laten verwijzen. De hulpverlening mag ouders niet afwijzen met het argument dat de jongere eerst gemotiveerd moet zijn. Juist dan hebben de ouders ondersteuning nodig, om zo adequaat mogelijk met het niet-gemotiveerde gedrag van hun kind om te gaan.

Bijkomende stoornissen

ODD en CD gaan vaker dan gemiddeld samen met andere kinder- en jeugdpsychiatrische stoornissen of ernstige problemen. Vaker dan gemiddeld komen hierbij voor: ADHD, angst en depressieve (stemmings) stoornissen, emotionele stoornissen en middelenmisbruik.

Behandeling

De behandeling moet op verschillende fronten tegelijkertijd worden ingezet en rekening houden met de beperkingen van zowel jongere als van het gezin. Ouders (en leerkrachten) moeten geholpen worden manieren te vinden om in de opvoeding en begeleiding weer een positieve toon te vinden. Tijdelijke opvang door derden kan ouders ontlasten en hen tegelijkertijd de gelegenheid bieden hun taak vol te houden.

Medicatie wordt bij gedragsstoornissen toegepast:

- in acute situaties om gevaar af te wenden
- voor chronische situaties, om patronen te doorbreken
- indien er ook sprake is van ADHD
- wanneer er ook sprake is van een stemmings- of angststoornis

Bron <http://www.balansdigitaal.nl/sitemanager.asp?pid=232>

Borderline

Kenmerken Borderline

Borderline persoonlijkheidsstoornis (kortweg: borderline) kenmerkt zich door sterke wisselingen in stemmingen, gedachten en gedrag.

Mensen met borderline zijn enorm impulsief, denken vaak zwart-wit, reageren extreem. Relaties zijn moeilijk te onderhouden, en wisselen ook sterk.

Er worden geen verschillende typen borderline persoonlijkheidsstoornissen onderscheiden. Mensen met borderline kunnen echter wel verschillen in de mate waarin ze bepaalde gedragingen hebben (zoals extraversie, neuroticisme).

Oorzaken en gevolg borderline

Over oorzaken van borderline persoonlijkheidsstoornis (hierna borderline genoemd) valt nog weinig te zeggen. Wel zijn extra risico's bekend.

De extra risico's hebben te maken met:

- geslacht en leeftijd
- individuele kwetsbaarheid
- omgeving
- levensgebeurtenissen

Geslacht en leeftijd

- Het komt even vaak voor bij mannen en vrouwen. Wel uit borderline zich anders bij mannen dan vrouwen. Zo leidt het impulsieve gedrag bij mannen vaker tot alcohol en druggebruik en bij vrouwen tot eetbuien
- Vrouwen met borderline worden vaker opgenomen in een instelling. Waarschijnlijk omdat vrouwen eerder hulp zoeken voor hun problemen, of omdat bijvoorbeeld agressie en wisselende seksuele contacten eerder als een probleem wordt gezien bij vrouwen
- Borderline kan niet goed vastgesteld worden bij jongeren tot 18-20 jaar. Het kan goed zijn dat zij vanwege hun ontwikkeling met emotionele problemen te maken hebben, en dat op een borderline-achtige manier uiten.
- Bij mensen van 50 jaar en ouder komt borderline minder voor.

Individuele kwetsbaarheid

- Erfelijkheid speelt een grote rol.
- Mensen met borderline zijn emotioneel kwetsbaar. Ze zijn zeer gevoelig voor emotionele zaken. Daar reageren ze heftig op en het duurt lang voor ze weer een evenwicht hebben bereikt. [39]
- Mensen met borderline hebben een bijzondere combinatie van neuroticisme en ontremming. Deze combinatie lijkt gedeeltelijk te komen door trauma's in de kindertijd. Deze trauma's, zoals mishandeling, verwaarlozing, seksueel misbruik, kunnen de stresshormoonhuishouding ontregelen en zodoende gevolgen hebben voor de persoonlijkheidsontwikkeling.

Omgeving

- Mensen met borderline wonen vaker zonder partner dan mensen zonder borderline. Dit is niet vreemd, want relaties zijn vaak instabiel
- Er is geen verband met opleiding of woonomstandigheden.

Levensgebeurtenissen

- Mishandeling, verwaarlozing, seksueel misbruik in de jeugd komen vaak voor bij mensen met borderline. De helft van mensen met borderline is mishandeld of seksueel misbruikt.
- Wordt emotionele mishandeling meegeteld, dan ligt dit aantal nog hoger.

Gevolgen Borderline

Kwaliteit van leven voor mensen met borderline

Er is weinig onderzoek gedaan naar de gevolgen van borderline persoonlijkheidsstoornis (hierna borderline genoemd) voor de kwaliteit van leven en de arbeidsproductiviteit.

- Personen met borderline hebben vaker geen vervolgonderwijs genoten dan vergelijkbare personen met depressie. Bovendien zijn ze vaker arbeidsongeschikt.
- Borderline-patiënten vinden zelf dat ze over het algemeen slecht functioneren en dat ze zich slecht aan kunnen passen in allerlei situaties.
- Personen met borderline ondervinden meer problemen op het gebied van psychosociaal functioneren dan vergelijkbare personen met depressie of andere persoonlijkheidsstoornissen (behalve schizotypische persoonlijkheidsstoornis).
- Vrijwel alle personen met borderline functioneren slecht op minstens een van de volgende gebieden: arbeid, huishoudelijk werk (verzorging), studie, interpersoonlijke relaties en recreatieve activiteiten.
- Ongeveer de helft van de vrouwen en een kwart van de mannen met borderline is in staat een duurzame relatie op te bouwen tien tot vijftien jaar na opname.
- De helft tot driekwart van hen is na tien tot vijftien jaar in staat in zijn eigen onderhoud te voorzien.

Diagnose

Volgens de criteria (DSM-IV) kan de diagnose gesteld worden wanneer er sprake is van een diepgaand patroon van instabiliteit in intermenselijke relaties, zelfbeeld en emoties en van duidelijke impulsiviteit. Dit moet begonnen zijn in de vroege volwassenheid en tot uiting komend in diverse situaties. Mensen met borderline voldoen aan vijf of meer van de volgende negen criteria:

- Krampachtig proberen te voorkomen om feitelijk of vermeend in de steek gelaten te worden.
- Een patroon van instabiele en intense relaties met anderen, gekenmerkt door wisselingen tussen overmatig idealiseren en kleineren (extreem zwart-witdenken, iemand is geweldig of waardeloos).
- Identiteitsstoornis: aanhoudend wisselend zelfbeeld of zelfgevoel.
- Impulsiviteit met negatieve gevolgen voor zichzelf op minstens twee gebieden. Bijvoorbeeld: geldverspilling, veel wisselende seksuele contacten, middelenmisbruik, roekeloos rijgedrag, vreetbuien. Terugkerende pogingen tot zelfdoding, gestes of dreigingen, of zelfverwonding.
- Sterk wisselende stemmingen, als reactie op gebeurtenissen. Dit kan leiden tot periodes van intense somberheid, prikkelbaarheid of angst, meestal enkele uren durend en slechts zelden langer dan een paar dagen.
- Een chronisch gevoel van leegte.
- Inadequate, intense woede of moeite boosheid te beheersen. Dit uit zich in driftbuien, aanhoudende woede of herhaaldelijke vechtpartijen.
- Voorbijgaande, aan stress gebonden paranoïde ideeën of ernstige dissociatieve verschijnselen.

Daarnaast dient ook voldaan te zijn aan de algemene diagnostische criteria uit de DSM-IV voor een persoonlijkheidsstoornis:

- Een duurzaam patroon van innerlijke ervaringen en gedragingen die duidelijk afwijken van de verwachtingen binnen de cultuur van de betrokkene.
- Het duurzame patroon is star en uit zich op een breed terrein van persoonlijke sociale situaties.
- Het leidt in behoorlijke mate tot lijden of beperkingen in het sociaal en beroepsmatig functioneren, of het functioneren op andere belangrijke terreinen.
- Het is stabiel en van lange duur en het begin kan worden teruggevoerd naar ten minste de adolescentie of de vroege volwassenheid.
- Het patroon is niet toe te schrijven aan een andere psychische stoornis of de gevolgen daarvan.
- Het duurzame patroon is niet het gevolg van de directe fysiologische effecten van een middel (zoals drugs of een geneesmiddel) of een lichamelijke aandoening (zoals een schedeltrauma).

Behandeling

Het blijkt dat na verloop van tijd een aanzienlijk percentage van de patiënten de diagnose verliest.

Na drie jaar heeft nog ongeveer 60% borderline en na vijftien jaar 25 %.

- Het meest voorkomende patroon is er één van chronische instabiliteit tussen de leeftijd van 20 en 30 jaar, die langzaam vermindert.
- Vanaf 30-jarige leeftijd zullen bij de meerderheid van de personen met borderline de persoonlijke relaties stabiliseren en het algemene functioneren verbeteren. Ook het risico op zelfdoding neemt af naarmate men ouder wordt.
- Uiteindelijk overlijdt een op de tien mensen met borderline door zelfdoding. Het feit dat iemand niet meer aan de criteria voor borderline voldoet betekent zeker niet dat de problemen zijn verdwenen. Andere kenmerken blijven vaak wel bestaan.

Factoren die het verloop bepalen

De belangrijkste factor in het natuurlijke verloop van borderline is de leeftijd. Over het algemeen stabiliseren personen met borderline op latere leeftijd, met of zonder gerichte therapie. Het herstel van mensen met borderline neemt waarschijnlijk toe met de duur van een gerichte therapie en het aantal therapeutische zittingen.

- Van de behandelde mensen met borderline herstelt een kwart na vijf maanden, en de helft na zestien maanden (of 92 therapeutische sessies). Driekwart is hersteld na ruim twee jaar (of ongeveer 216 therapeutische sessies).
- Bij mensen die geen gerichte therapie ontvingen (maar meestal wel een of andere vorm van behandeling) was slechts een kwart hersteld na 3,7 jaar. De helft herstelde na ruim tien jaar en driekwart herstelde na 17,3 jaar.

Bron; www.trimbos.nl