

## UIT DE PRAKTIJK

Met deze rubriek willen wij praktijkervaringen uitwisselen. De LVB-praktijk is divers en in elke instelling weer net even anders, maar de thema's van de problemen die zich kunnen voordoen zijn vergelijkbaar. Mail uw reacties en opmerkingen naar [redactie@kenniscentrumlvb.nl](mailto:redactie@kenniscentrumlvb.nl). Deze keer beschrijven Michel van den Bogaard, Anthony Djadoenath en Alet van Veghel een 'vliegende-zorg'-project vanuit GGZ Herlaarhof in Vught waarmee overbodige uithuis- en overplaatsingen kunnen worden voorkomen.

### THE FLYING DOCTORS, NURSES & PSYCHOLOGISTS <sup>1</sup>

Michel van den Bogaard <sup>2</sup>

Anthony Djadoenath <sup>3</sup>

Alet van Veghel <sup>4</sup>

Hoe kan zoveel mogelijk voorkomen worden dat kinderen en jeugdigen met een licht verstandelijke beperking in het grensgebied tussen de orthopedagogiek en psychiatrie tussen wal en schip vallen? Met *The flying doctors, nurses & psychologists* worden vanuit de psychiatrie (ponton)bruggen aangelegd, aanvullend op de orthopedagogische hulp die zij al krijgen. Met kortdurend invliegende teams wordt flexibel en laagdrempelig met raad en daad bijgestaan, zodat zij niet over/uitgeplaatst hoeven te worden, maar op hun passende plaats kunnen blijven en verder met hun leven kunnen. Over de achtergrond, opzet en eerste bevindingen wordt in deze bijdrage verslag gedaan.

#### Inleiding

Eén van de aanleidingen van *The flying doctors, nurses and psychologists* is de invloedrijke documentaire over Alicia, een meisje dat op eenjarige leeftijd uithuisgeplaatst is. Het was het begin van een jarenlange, tevergeefse zoektocht naar een passend, perspectiefbie-

dend pleeggezin om op te groeien en groot te worden. Het leidde tot een langdurig, verbrokkeld traject van de ene naar de andere instelling, omdat het met haar steeds slechter ging en de zorg navenant specifiek en zwaarder werd - zonder dat ze er beter van werd.

Het belang van preventie, vroegtijdige interventies en wrapped around care met de juiste hulp, op het juiste moment, gegeven in sluitende zorgketens, wordt in de documentaires over Alicia, Brandon en anderen onderstreept. Het is in de weerbarstige klinische praktijk echter eenvoudiger gezegd dan gedaan. Hoe kunnen deze kinderen, jeugdigen en jongvolwassenen het - met hun naastbetrokkenen en zorgverleners - zo veel mogelijk redden als bij hen psychiatrische aandoeningen steeds meer parten spelen? Zij zitten bijvoorbeeld in een gezinshuis, orthopedagogisch behandelcentrum of beschermde woonvoorziening op hun plaats, maar dit komt door ontluikende of opspelende psychiatrische stoornissen in het geding.

<sup>1</sup>Het artikel is een bewerking van de presentatie, getiteld: *The flying doctors, nurses & psychologists tijdens het Kennisfestival van GGZ Reinier van Arkel te 's-Hertogenbosch op 21 maart 2019.*

<sup>2</sup>Michel van den Bogaard is klinisch psycholoog bij de kliniek en polikliniek Kinder- en Jeugd Psychiatrie & Licht Verstandelijke Beperking (KJP & LVB) van GGZ Herlaarhof in Vught.

<sup>3</sup>Anthony Djadoenath is als psychiater werkzaam bij van GGZ Herlaarhof in Vught.

<sup>4</sup>Alet van Veghel is als verpleegkundige werkzaam bij van GGZ Herlaarhof in Vught.

Hoe kan zo veel mogelijk voorkomen worden dat zij als postpakketten van de ene naar de andere, vaak zwaardere instelling gaan? Zoals de documentaire over Alicia laat zien, kan dat het begin zijn van een lange, verbrokkelde hulpverleningsgeschiedenis in meerdere zorgsectoren, zonder dat er passende antwoorden op de vragen komen over hoe dat zo veel mogelijk te voorkomen dan wel zo vroeg mogelijk te herkennen en in te grijpen om het tij te keren.

Het zijn vragen waarmee ook wij in de klinische praktijk worstelen, werkzaam als klinisch psycholoog, psychiater respectievelijk verpleegkundige in een kliniek en polikliniek voor kinderen en jeugdigen met een LVB en psychiatrische aandoeningen en hun naastbetrokkenen. Wij krijgen namelijk in toenemende mate crisis- en spoedvragen, niet alleen uit de eigen regio maar ook boven- en suprareginaal. De vragen lopen uiteen van acute op-/overname bij een ernstige psychiatrische crisis tot het met raad en daad bijstaan van zowel cliënten en naasten als professionals.

Deze bijstandsvragen hebben betrekking op een brede range: van het helpen uitpluizen van niet-pluisgevoelens en toetsen van vermoedens van ernstige, niet-onderkende psychiatrische stoornissen tot grote (be)handelingsverlegenheid bij terugval - tegen de achtergrond dat de psychiatrie niet betrokken is, de vraag niet goed in het psychiatrische aanbod in te passen is of er te lang op hulp uit deze hoek gewacht moet worden.

Opname is dan lang niet altijd de eerste keuze, maar wat als het reguliere aanbod ontoereikend is, er stagnatie of terugval dreigt of al ontstaan is en opname in de psychiatrie dreigt? Om - bij gebrek aan een adequaat antwoord op deze vraag - van een nood een deugd te maken, hebben wij met ketenpartners stilgestaan bij de vraag of het geschetste beeld herkenbaar is en zo ja tegen wat voor prangende vragen zij aanlopen waarop de reguliere zorg niet direct een passend antwoord heeft. Zij konden - net als wij - legio voorbeelden daarvan geven. Zo is het gezamenlijke idee van een

pilot ontstaan, getiteld: *The flying doctors, nurses & psychologists*. Indachtig de Australische TV-serie *The flying doctors*, wordt daarmee geprobeerd - desgevraagd, flexibel, laagdrempelig, op maat, outreachend en sectoroverstijgend - in de geschetste leemte te helpen voorzien.

### **Pilot in de lucht**

Om een vliegende start te maken, vormen wij als auteurs het kernteam. Wij maken als initiatiefnemers en kartrekkers al jarenlang deel uit van het multidisciplinaire team van een KJP & LVB-kliniek en -polikliniek. Wij zijn van daaruit gewend ambulant, poliklinisch en klinisch te werken, zowel binnen als buiten de psychiatrie. Wij kunnen andere leden van het multidisciplinaire team als flexibele schil betrekken, zodat het totale team klein genoeg is om flexibel op vragen te kunnen inspelen en groot genoeg is om de vragen te kunnen oppakken.

Van daaruit hebben wij vervolggesprekken met ketenpartners gevoerd om de prangende vragen nader in kaart te brengen. Het blijkt om twee typen vragen te gaan. De eerste betreft consultatie & advies op casusniveau aan hulpverleners, zodat zij beter zicht en grip kunnen krijgen op wat er speelt en daarmee beter uit de voeten kunnen. De tweede heeft betrekking op bijscholing aan multidisciplinaire teams, zodat zij meer op hun taken toegerust kunnen worden en vooruit kunnen. Er is gaandeweg een derde bijgekomen, namelijk (crisis)diagnostiek en/of kortdurende (crisis)behandeling - gaten dichtend die niet op korte termijn regulier te vullen zijn. Er is werkendeweg eveneens nader onderscheid gemaakt tussen consultatie & advies aan hulpverleners en die aan gezinnen en hulpverleners tegelijkertijd.

Vervolgens hebben wij voorliggende vragen opgepakt om de proef op de som te nemen. Eén van ons heeft bijvoorbeeld aan rondetafelgesprekken deelgenomen. Deze consultatie- en adviesvraag had betrekking op het meedenken over het creëren van maatwerk voor een oud-cliënte met een buitengewoon complex

psychiatrisch beeld. Zij is na ontslag bij ons naar een orthopedagogisch behandelcentrum en cluster 4-school gegaan en toe aan de stap naar thuis, maar ze valt in het reguliere aanbod tussen wal en schip. Het uitblijven van een passende oplossing dreigt zelfs tot terugval en heropname in de kinder- en jeugdpsychiatrie te leiden. Het bundelen van krachten met het gezin, de huidige casemanager, hulpverleners en leerkrachten (wat heeft tot nu toe wel, een beetje en niet gewerkt?), heeft geleid tot een onderwijszorgarrangement op maat waarmee iedereen verder kon, ondersteund door de gemeente.

Bovendien kregen wij vragen over het geven van klinische lessen aan multidisciplinaire teams, bijvoorbeeld in een beschermde woonvorm, orthopedagogisch behandelcentrum en school voor voortgezet speciaal onderwijs. Het ging over hoe om te gaan met borderline dynamiek, LVB en suicidaliteit (apart of samen), waarmee zij worstelden. Wij hebben deze - in het kader van (bij)scholing - in samenspraak met de teams opgepakt, al dan niet gevolgd door een boostersessie, coaching on or off the job op teamniveau of een verdiepingsvraag. Op deze manier konden de teams met hun cliëntèle verder en wij uitvliegen. Wij hebben overigens in enkele gevallen de brug helpen slaan naar de reguliere zorg, omdat er meer bij of iets anders moest.

Daarnaast hebben wij bij aanmeldingen en intakes voor de kliniek onderzocht of, en zo ja in hoeverre en op welke wijze, de pilot een passend antwoord op de vraag zou kunnen geven, juist als jeugdigen elders op hun plaats zitten. Het heeft er bijvoorbeeld toe geleid dat een ernstig slechthorende jongen niet acuut op onze BOPZ-crisisafdeling opgenomen hoefde te worden, omdat hij psychotisch gede-compenseerd was en impulsdoorbraken had. Ondersteund door een kortdurend traject, op locatie vanuit ons, kon hij op de orthopedagogische behandelgroep voor ernstig slechthorende jongeren blijven, juist bedoeld voor en toegerust op zijn auditieve beperking, autismespectrumstoornis en LVB.

Het traject focuste zich op crisisdiagnostiek (welke druppels deden de emmer doen overlopen?), aanvullend op wat er al bekend was. Het richtte zich van daaruit op behandeling van de cognitieve desintegratie/'debiliteitspsychose' (vgl. Došen, 2014; Troost & Groen, 2016) die aan de psychiatrische crisis ten grondslag bleek te liggen, in de zin van plotseling beginnende en zich snel herstellende psychotische toestandsbeelden (vgl. een kortdurend psychotische stoornis met duidelijke stressoren).

Het volgens de richtlijnen actief betrekken van deze jongen met zijn ouders en zorgverleners bij het geven van psycho-educatie en het van daaruit herstellen van zijn draagkracht-draaglastverhouding (met speciale aandacht voor het wegnemen van de bronnen van stress en het herstellen van het verstoorde slaapwaakritme), instellen op medicatie en opstellen van een terugvalpreventieplan, waren voldoende om zijn psychiatrisch toestandsbeeld te laten opklaren en het traject positief af te ronden. Hij kon op deze wijze op zijn plek blijven en met zijn ouders en zorgverleners verder, ondersteund door een praktische vertaalslag naar een individueel programma, stoplicht en terugvalpreventieprogramma.

Zo hebben wij meer dan 20 vragen opgepakt die naar tevredenheid van alle betrokkenen afgehandeld zijn, leidend tot het besluit - in samenspraak met de ketenpartners en regio-gemeenten - om de pilot in een project om te zetten.

### **Vervolg in vogelvlucht**

Om het project te (waar)borgen, is het onderdeel geworden van de Transformatie zorgland-schap jeugd Noordoost Brabant. Het valt onder de zogeheten urgente transformatieop-gaven van deze regio. Het project is bedoeld om consultatie & advies te geven dan wel opnames te helpen voorkomen of verkorten respectievelijk (bij)scholing te geven - daar waar de reguliere zorg ontoereikend is of te lang op zich laat wachten.

Hoe urgent het is, bleek in de praktijk. Het project zou namelijk in het najaar gaan draaien, maar het is in de zomervakantie al van start gegaan. Het ging om het oppakken van drie dringende, overal tussen wal en schip vallende, vragen teneinde (crisis)opnames zo veel mogelijk te helpen voorkomen en van daaruit uit te vliegen of naar reguliere zorg te helpen toeleiden. Het had eveneens betrekking op drie consultatie- & adviesvragen om stagnaties en terugval zo veel mogelijk te helpen voorkomen en de juiste zorg te kunnen organiseren. Het is gelukt de vragen op korte termijn op te pakken, leidend tot beantwoording van de meeste. Enkele trajecten lopen op het moment van schrijven nog.

Eén van de voordelen van deze vliegende start is dat er flexibel en laagdrempelig met alle betrokkenen zorg op maat gecreëerd en geleverd kon worden zonder dat er tegen bureaucratische molens aangelopen werd (onder het gezamenlijke motto: onder druk wordt alles vloeibaar). Het tweede is dat er op deze manier ervaring mee opgebouwd kan worden die als basis in het vervolg meegenomen kan worden. Het grootste nadeel is dat de contouren van het traject van aanmelding tot afsluiting op financieel, organisatorisch en inhoudelijk vlak weliswaar al geschetst waren, maar dat de inkleuring daarvan voor de start in het najaar gepland stond - met allerlei open vragen tot gevolg.

Al werkendeweg wordt er evenwel pragmatisch naar zo passend mogelijke oplossingen gezocht, bijvoorbeeld over de verantwoordelijkheden, de verslaglegging en het vrijspelen van teamleden van het project. Bovendien kan er op deze wijze ervaring mee opgedaan worden die als basis in het vervolg meegenomen kan worden. Het gaat bijvoorbeeld om het uitgangspunt dat de instelling waarbij een kind of jeugdige opgenomen is de hoofdaannemer is, dat de leden van de vliegende teams verantwoordelijk voor hun eigen werkzaamheden zijn (en dus niet de hoofdaannemer), dat de rapportage in het systeem van die instelling komt te staan en dat de werkzaamheden vooralsnog als meer, of overwerk, geregistreerd worden en dit alles conform de vigerende wet- en regelgeving.

Wat zijn de vervolgstappen? De eerste betreft het inkleuren van de contouren over de financiële, organisatorische en inhoudelijke vragen, rekening houdend met de ervaringen die in het project opgedaan worden en die van andere instellingen op dit gebied, zoals De vliegende brigade van De Bascule in Amsterdam e.o. Eén van de meest gestelde vragen door geïnteresseerden heeft betrekking op de financiering. Vandaar dat de huidige mogelijkheden in Tabel 1 op een rij zijn gezet, betrekking hebbend op de regio Brabant Noordoost en wetende dat de lijst aangevuld en gewijzigd kan worden.

**Tabel 1 Financieringsmogelijkheden**

|   |
|---|
| <p><i>Consultatie &amp; advies:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Een beschikking bij de gemeente,</li> <li>• Opnamevoorkomend of -verkortend (één van de zogeheten urgente transformatieopgaven van de regio),</li> <li>• De vliegende brigade: p x q (uurtje, factuurtje). Het bedrag is overigens nog niet openbaar.</li> <li>• Een gesloten beurzensysteem.</li> </ul> |
| <p><i>Diagnostiek en/of behandeling:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Opnamevoorkomend of -verkortend,</li> <li>• De vliegende brigade: p x q,</li> <li>• De Zorgverzekeringswet (18+),</li> <li>• Een gesloten beurzensysteem.</li> </ul>  |
| <p><i>(Bij)scholing:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Een opleidingsbudget,</li> <li>• De vliegende brigade: p x q,</li> <li>• Een gesloten beurzensysteem.</li> </ul>  |

De tweede vervolgstap is te komen tot geprotocolleerd maatwerk (zorgpaden en -modules). Er is daarbij speciaal aandacht voor het onderscheid tussen:

- consultatie & advies (aan hulpverleners en/of leerkrachten dan wel aan gezinnen, hulpverleners en/of leerkrachten);
- (crisis)diagnostiek en/of (crisis)behandeling op casusniveau;
  - o die niet in een regulier traject passen of die te lang duurt;
  - o die gaten vullen en - indien nodig - naar reguliere zorg helpen toeleiden;
  - o gericht op opname voorkomen dan wel verkorten;
  - o die rekening houden met het type vragen: consulent, procesbegeleider en/of expert en daarmee samenhangend de inzet van teamleden, variërend van een ervaringsdeskundige tot een medisch specialist (vgl. Van Oenen, Van Deursen, & Cornelis, 2014; Evers & Willems, 2016);
- (bij)scholing (inclusief coaching on & off the job, deskundigheidsbevordering en training aan individuen en/of teams).

De derde is PR & communicatie om het bij een groter publiek bekend en toegankelijk te maken.

### Tot slot

Het project sluit aan bij de uitgangspunten van de Jeugdwet over preventie, vroegtijdige interventies en wrapped around care & cure, afgestemd op wat nodig is en zo thuis mogelijk, zoals de Minister van VWS het noemt. Eén van de doelen is het voorkomen dat kinderen, jeugdigen en jongvolwassenen die ergens anders dan thuis verblijven - met hun naastbetrokkenen en zorgverleners - in de zorg tussen wal en schip vallen, omdat de psychiatrische stoornissen tot ernstige problemen en het aldaar vastlopen (dreigen te) leiden. Het tweede

is het bundelen van krachten, waardoor zij het op deze plaats redden en de psychiatrie kan uitvliegen of naar een regulier traject kan helpen toeleiden. Het derde is het voorkomen dan wel verkorten van (crisis)opnames in de psychiatrie. Het vierde is het desgevraagd verder toerusten van professionals door het geven van passende antwoorden op complexe psychiatrische vraagstukken.

Het sluit eveneens aan bij andere initiatieven op dit terrein, zoals De vliegende brigade van De Bascule, die in leemtes in de zorgketen blijft te voorzien. Teneinde krachten te bundelen en van elkaar te leren, is daarmee samenwerking gezocht. Zo wordt er ook nagedacht over koppeling aan praktijkgericht wetenschappelijk onderzoek, met speciale aandacht voor het cliëntenperspectief (de ervaringen en voorkeuren), professionalsperspectief (de expertise en ervaringen) en wetenschappelijk perspectief (de best beschikbare expertise uit onderzoek) om tot geprotocolleerd maatwerk te komen.

Het betreft in die zin work-in-progress. Over het vervolg willen wij terugkoppelingen geven, bijvoorbeeld door presentaties/workshops en vervolgartikelen. Voor vragen, opmerkingen o.i.d. houden wij ons aanbevolen.

### Literatuur

- Došen, A. (2014). Psychische stoornissen, probleemgedrag en verstandelijke beperking: *Een integratieve benadering bij kinderen en volwassenen*. Assen: Van Gorcum.
- Evers, R., & Willems, A. (2016). Consultatie. In R. Didden, P. Troost, X. Moonen & W. Groen (Red.), *Handboek psychiatrie en licht verstandelijke beperking* (pp. 365-377). Utrecht: De Tijdstroom.
- Oenen, F. J. van, Deursen, S. van, & Cornelis, J. (2014). De rol van psychiater; medisch, contextueel en persoons-gericht denken en handelen in de psychiatrie. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 56(11), 728-736.
- Troost, P., & Groen, W. (2016). Diagnostiek van psychische stoornissen. In R. Didden, P. Troost, X. Moonen & W. Groen (Red.), *Handboek psychiatrie en licht verstandelijke beperking* (pp. 271-285). Utrecht: De Tijdstroom.