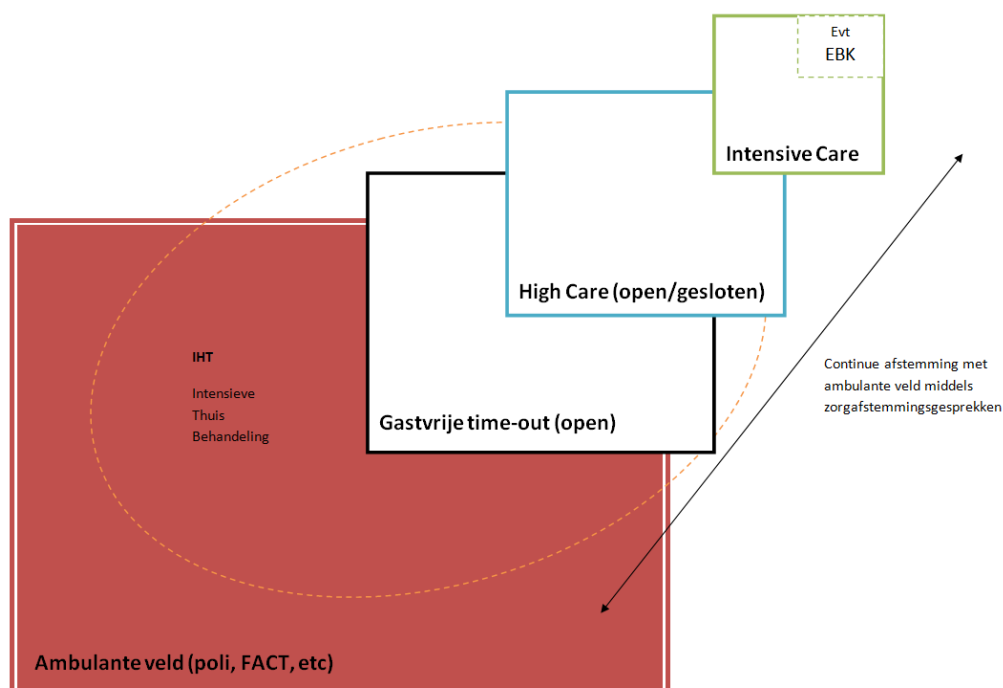




Inleiding

In het HIC Werkboek (van Mierlo et al., 2013) wordt een heldere basis gelegd voor het leveren van zorg volgens het HIC model. Het werkboek is gericht op de zorg aan volwassenen en biedt slechts beperkte richtlijnen en adviezen ten aanzien van de praktische uitvoering van een HIC. Bovendien is de situatie bij jongeren anders vanwege de mate waarin ouders betrokken zijn, als verantwoordelijken in de opvoeding. De werkgroep HIC van het Expertisenetwerk Kinder- en Jeugd Psychiatrie (EKJP) is door Stichting HIC gevraagd om een visiedocument, met praktische adviezen, te schrijven over het toepassen van HIC-model bij jongeren (HIC-J), als aanvulling op het HIC Werkboek.

In een HIC-J wordt gewerkt volgens de HIC methodiek zoals beschreven voor volwassenen in het HIC Werkboek. Hierin is de ambulante behandeling leidend en kan er naar behoefte van de patiënt snel opgeschaald worden naar kortdurende klinische zorg. Binnen de klinische zorg is er een High Care afdeling en een Intensive Care afdeling, ook hier kan er snel opgeschaald worden naar meer intensieve zorg en zo snel mogelijk – indien haalbaar - weer afgeschaald worden.



Ambulante behandeling

Een ambulante behandeling vormt de basis voor de zorg aan jongeren; het is zowel de voor- als achterdeur van een HIC. Het zorglandschap voor jongeren verschilt van dat voor volwassenen in soort en hoeveelheid zorgverleners, de rol van ouders en sinds de invoering van de Jeugdwet, ook in financiering voor jongeren onder de 18 jaar. Een intensieve samenwerking met ketenpartners is dan ook van belang om de zorg te waarborgen en te financieren. Daarnaast zijn er jongeren die woonproblemen hebben. Ouders zijn soms niet in staat de zorg voor het kind te dragen, maar een geschikte woonplek is niet altijd direct gevonden. Opname is geen vervangende woonvorm, dus direct bij aanvang van een opname is een zorgafstemmingsgesprek (ZAG) dan ook noodzakelijk om zowel zorg, school en wonen af te stemmen.

In de kinder- en jeugdpsychiatrie bestaat een traditie van intensieve samenwerking met het gezin en het sociale netwerk. Ook op een HIC-J wordt nauw samengewerkt met het sociaal netwerk om vanuit ambulante behandeling geleidelijk over te gaan tot klinische behandeling en vice versa. Een intensieve samenwerking tussen de HIC-J en een transmuraal werkend behandelteam, gericht op intensieve behandeling binnen de thuissituatie, zoals Intensive Home Treatment (IHT), is daarvoor noodzakelijk. Medewerkers van beide teams hebben bij voorkeur een opleiding als gezinsbehandelaar of andere verdiepende opleiding.

Aandachtspunten:

- Zorgafstemming gericht op behandeldoelen en perspectief na ontslag.
- Medewerkers zijn opgeleid als gezinsbehandelaren
- Samenwerking met relevante ketenpartners:
 - School
 - Jeugdzorg
 - Volwassenenpsychiatrie
 - Verslavingszorg

High & Intensive Care (HIC)

Op de HIC wordt herstel ondersteunende zorg geboden, fundamenteel hiervoor zijn: Investeren in contact

- Een gastvrije bejegening en attitude
- Het betrekken van naasten
- Een herstel bevorderend behandelklimaat
- Een ondersteunend therapeutisch milieu.

In het HIC Werkboek is uitgebreid beschreven wat de fundamenteel zijn voor de zorg op een HIC-afdeling. De HIC is primair voor crisisinterventie en kan bij complexe diagnostische vraagstukken meedenken, o.a. door middel van diagnostiek.

Dagelijkse visite en samenwerking gezin

Op de HIC wordt intensief samengewerkt met de patiënt en zijn/haar netwerk. Ondersteuning van een systeemtherapeut is hierin passend. Dagelijks vindt er een visite plaats door direct betrokken behandelaren bij de patiënt, waarbij leden van het gezin fysiek of telefonisch aanwezig zijn. Tijdens deze visite worden de doelen van opname doorgenomen in het licht van de afgesproken ontslagdatum. Een HIC-J biedt op de afdeling de mogelijkheid aan sociaal netwerk (bijvoorbeeld ouders) om te blijven slapen, het zogenaamde rooming-in principe. Dit kan op de kamer van de patiënt zijn of in een gastenverblijf. Het is de meest wenselijke situatie dat een persoon uit het

sociaal netwerk de eerste 48 uur aanwezig is op de afdeling en daarna eveneens betrokken blijft bij de verdere behandeling. Er kan hier het vergelijk gemaakt worden met een reguliere IC. Indien een jongere is opgenomen op een reguliere IC nemen ouders vaak zorgverlof om bij hun kind te kunnen zijn. Tijdens een opname op de HIC geldt eigenlijk hetzelfde, de jongere is op dat moment ernstig ziek en heeft o.a. de nabijheid van ouders nodig om uit de crisis te komen.

Op een HIC wordt zoveel mogelijk gestreefd naar het zo snel mogelijk weer participeren in de samenleving. Waar mogelijk gaan sociale activiteiten (bijvoorbeeld school, sport, muziekles) door tijdens de opname. Bij veel jongeren die op de HIC opgenomen worden is er een verstoord dag- en nachtritme en veel verzuim op school. Daarom is het belangrijk om tijdens de opname te werken aan het herstellen van de dagstructuur. Het (weer) deelnemen aan schoolactiviteiten is een belangrijk onderdeel van de behandeling. Afstemming met eigen school is noodzakelijk, onderwerp van gesprek is passend onderwijs voor de patiënt. De afdeling biedt een programma dat, ook buiten kantoortijden en in het weekend, structuur en invulling biedt en gericht is op resocialisatie.

Een ondersteunende discipline op de HIC zijn ervaringsdeskundigen. Deze speciaal hiervoor geschoolde ervaringsdeskundigen hebben hun eigen rol op de HIC en in het contact met het sociale netwerk. Binnen HIC- J wordt gewerkt met ervaringsdeskundige jong volwassenen die gemakkelijk aansluiting hebben met de jongeren en perspectief bieden. Daarnaast wordt gewerkt met ervaringsdeskundige ouders, die heel helpend kunnen zijn in het zoekende proces en het verwerkingsproces van ouders.

Aandachtspunten:

- Sociaal netwerk en ambulante behandelaars betrekken bij opname door
 - Iemand uit het sociaal netwerk mee opnemen in eerste 48 uur
 - Dagelijkse visite en telefonische conferentie met patiënten en sociaal netwerk met doelenbespreking en ontslagdatum
- Gericht op resocialisatie, school als belangrijk onderdeel van structuur
- Psycho-educatie door geschoolde ervaringsdeskundigen
- Dagstructuur is overstijgend aan kantoortijden

High Care Jongeren

Het behandelklimaat op de High Care (HC) ondersteunt het werken aan eigen regie en herstel door duidelijke structuur, gerichte dagactiviteiten, in combinatie met bescherming, professionaliteit en goede multidisciplinaire samenwerking.

Op de HC is er aandacht voor het eerste contact met de psychiatrie, waarin contact houden, begrip en heldere communicatie van groot belang zijn, zodat de patiënt en zijn sociale netwerk een prettige eerste ervaring hebben tijdens een opname in de psychiatrie. Tijdens de opname behoudt de patiënt de eigen regie zoveel mogelijk. Indien nodig wordt een deel van de regie overgenomen, maar zo snel mogelijk weer teruggegeven aan de patiënt. Het is wenselijk dat de architectuur van de afdeling hieraan tegemoet kan komen, bijvoorbeeld door het bieden van een open deur aan patiënten die geen gesloten deur nodig hebben. Ook kan worden gekozen voor een dagbehandelingsconstructie.

Gestreefd wordt naar het laten doorgaan van therapieën bij de eigen behandelaar. Het gaat om het activeren van de patiënt en ondersteuning bieden in het aangaan van activiteiten. Dit start bij voorkeur al tijdens het verblijf op de afdeling. In het meedoen van groepsactiviteiten staat altijd de behandeling van de individuele patiënt centraal.

Op de HC wordt uitgegaan van het kunnen functioneren in een groep, er kan één op één begeleiding gegeven worden als de patiënt dat nodig heeft. Dit betekent optimaal aansluiten bij de patiënt in crisis waarbij aanwezigheid en/of beschikbaarheid centraal staan, met als doel het herstellen van de eigen regie.

Intensive Care

De Intensive Care (IC) is een deel van de afdeling waar meer individueel behandeld wordt als de zorg op de HC ontoereikend is voor effectieve crisisinterventie of als onveilige situaties daartoe aanleiding geven.

Op de IC wordt gewerkt met één op één begeleiding, waarbij wordt gevarieerd van hand in hand tot oog in oog begeleiding. De IC is een rustige omgeving en prikkelarm ingericht. Op een IC is de zorg gericht op de veiligheid van de patiënt en het stabiliseren van de patiënt zodat zorgintensiteit afgeschaald kan worden. Dit wordt ondersteund met een structurele risicotaxatie. Daarnaast biedt de IC ruimte voor rooming-in van het sociaal netwerk. Een verblijf op de IC wordt ingezet wanneer nodig, en duurt altijd zo kort als mogelijk.

Ook op de IC worden er activiteiten aangeboden, zoals muziek- en sportactiviteiten. Er wordt maximaal afgestemd op de behoeften en mogelijkheden van de patiënt.

Extra Beschermende Kamer (EBK)

Als alle alternatieven ontoereikend blijken, kan gebruik worden gemaakt van de EBK. Dit wordt ingezet als uiterste redmiddel, indien de veiligheid van de patiënt en/of anderen in het geding is.

Anders dan bij de HIC volwassen staat de EBK bij de HIC- J voor Extra Beschermende Kamer (EBK). De originele term 'Extra Beveiligde Kamer' vanuit het werkboek HIC, geeft enkel weer dat de kamer extra beveiligd is. Wij leggen er, voor de jongeren, de nadruk op dat deze kamer extra beschermend is, zodat de patiënt er veilig kan verblijven. De term 'beveiligd' neigt naar de forensische zorg waarin zo'n ruimte ook als sanctie ingezet kan worden. Daar willen we, voor de jongeren, geen associatie mee leggen. Indien een patiënt in de EBK verblijft, is dat alleen omdat een andere ruimte niet voldoende bescherming en veiligheid kan bieden.

EBK is een ruimte waar patiënten ingesloten kunnen worden en verblijven om acuut gevaar af te wenden. Het team werkt met een protocol voor overplaatsing naar de EBK, waarvan een structurerende risicotaxatie een onderdeel is. Het besluit tot overplaatsing wordt multidisciplinair genomen, waarbij de psychiater eindverantwoordelijk is.

Indien er gebruik wordt gemaakt van de EBK, is het van groot belang dat dit geen eenzame insluiting is en dat er gewerkt wordt volgens het "Toetsingskader terugdringen separeren en afzonderen" (IGZ, 2016). Een patiënt zal vanuit de EBK regie kunnen voeren over hetgeen de patiënt op dat moment aankan, bijvoorbeeld gebruik van licht, muziek, foto's, contact opnemen met begeleiding/aanwezige familie. Er moet altijd een begeleider zichtbaar zijn: dit kan een persoon uit het netwerk van de patiënt zijn of een zorgverlener/behandelaar. Ook in de EBK staat behandeling van de patiënt centraal: het gaat om het bieden van steun en structuur, medicatie, rust, veiligheid en waar mogelijk activiteiten of een gesprek. Er wordt zo snel mogelijk toegewerkt naar het afschalen van de zorgintensiteit, wat wordt ondersteund met een structurerende risicotaxatie.

HIC zonder EBK

In de kinder- en jeugdpsychiatrie bestaat een traditie van zeer weinig gebruik van afzondering en insluiting. Er is veel ervaring met verschillende de-escalerende technieken en door het vroeg betrekken van het sociale netwerk wordt insluiten veelal afgewend. Vooral nog is onduidelijk in hoeverre het binnen de kinder- en jeugdpsychiatrie mogelijk is om binnen een HIC-J zonder EBK te werken. Echter zijn er ontwikkelingen van organisaties die, in goede samenwerking met dichtbijgelegen organisaties met EBK, een HIC zonder EBK willen starten.

Best practise of aanverwante ontwikkelingen

Naast de methodieken die beschreven staan in het HIC werkboek en hierboven voor HIC- J, zijn er binnen de kinder- en jeugdpsychiatrie ontwikkelingen die sterk verwant zijn met de HIC methodiek.

Intensive Home Treatment (IHT)

Een belangrijk uitgangspunt van het zorgaanbod binnen een HIC is 'empowerment' van de patiënt en zijn gezin. Langdurige opname vergroot echter het risico op afhankelijkheid van klinische hulpverlening. Het is daarom belangrijk om met een intensieve systemische behandeling in de thuissituatie het gezin te ondersteunen om zodoende de zelfredzaamheid van patiënt en gezin binnen het eigen netwerk te vergroten. Hoewel de verschillende vormen van intensieve systemische behandeling bijv. Intensieve Psychiatrische Gezinsbehandeling (IPG), Flexible Assertive Community Therapy (FACT), Multisystemic Therapy (MST) en IHT een grote overlap vertonen, lijkt IHT (in een 4 maanden durende vorm) het best aan te sluiten bij gezinnen waarin psychiatrische crises plaats vinden. HIC-opname blijkt dan vaak niet nodig, of kunnen HIC-opnames net door dit aanbod sterk verkort worden. Tegelijkertijd kan IHT gemakkelijker geboden worden doordat de mogelijkheid van kortdurende HIC-opname aanwezig is.

Gastvrije afdeling

Naast de HIC kan het wenselijk zijn een gastvrije time-out afdeling te creëren naast de HIC of als onderdeel van de HIC. Deze afdeling kan een extra laag vormen in het afschalen van zorgintensiteit, maar vooral ook ondersteunend zijn aan lopende behandelingen door patiënten telefonische en chat-consultatie te bieden of kortdurende (24-48 uur) opname onder, vooraf met eigen behandelaar, afgestemde voorwaarden, dit wordt ook wel BOR genoemd (bed op recept). Hierbij is de tussenkomst van behandelaren of crisisbeoordelingen niet langer noodzakelijk en kan meer tegemoet gekomen worden aan de individuele wensen van patiënten.

Als alternatief kan overwogen worden een gezamenlijke ruimte of dagkliniek te bieden, eveneens ondersteunend aan lopende behandeling. Jongeren kunnen hier in een semigestructureerde omgeving contact hebben met zorgprofessionals of met hun peer-group. Hierbij kan een structuur zoals in buurtcentra wordt gebruikt, bijvoorbeeld met vaste activiteiten en inloopmomenten, uitkomst bieden.

Samenwerking ketenpartners en gemeenten

Omdat bij psychiatrische crises bij jongeren vrijwel altijd ook sprake is van (meer of minder) pedagogische onmacht, disfunctioneren op school of binnen andere maatschappelijke organisaties, is het belangrijk om intensief samen te werken met gemeenten (sociale wijkteams e.d.), jeugdhulp-, en jeugdzorgorganisaties, scholen, et cetera. Zodoende kan een netwerk gevormd worden waarbinnen de patiënt en zijn gezin vanuit verschillende kanten ondersteund wordt om gezond functioneren te stimuleren. Dit vergt een grote tijdsinvestering van behandelaren richting deze organisaties, zeker wanneer deze netwerken opgebouwd moeten worden binnen een kortdurende HIC-opname.

Praktische zaken en implementatie

Plaatsbekostiging

Door de invoering van de Jeugdwet in 2015 zijn er nieuwe mogelijkheden, maar ook beperkingen ontstaan in de zorg aan jongeren. Door de centrale verantwoordelijkheid, die bij de gemeente is belegd, is er één aanspreekpunt gekomen voor de zorg aan jongeren. Het is echter zo dat instellingen en met name die in de acute psychiatrie, een grote regio bedienen. Hierdoor zijn er verschillende gemeentes die aanspraak maken op de faciliteiten van een instelling. De kosten voor “paraatheid” van een opname afdeling zijn hoog en staan los van daadwerkelijke productie. Juist om een crisisfunctie te kunnen vervullen zijn er lege bedden nodig. Het is dan ook het meest wenselijk dat gemeentes in een zorgregio afspraken maken rondom plaatsbekostiging van deze hoog-complexe en intensieve zorg, zoals dat ook wordt gedaan voor de beschikbaarheid van andere acute diensten. Denk daarbij aan de brandweer waar een bekostiging voor de beschikbaarheid geregeld is.

Transitieleeftijd

Door de transitie met de zorg naar de Gemeenten valt de financiering voor jongeren tot 18 jaar onder de gemeenten en de financiering voor jongeren ouder dan 18 jaar onder de zorgverzekeraar. Een van de grote problemen waar in de huidige acute jeugdpsychiatrie tegen aan wordt gelopen is het verschil in financiering bij de leeftijdsgrens van 18 jaar. Hierdoor worden behandeling en opname rondom deze leeftijd vaak onderbroken of overgedragen. Zowel vanuit wetenschappelijk onderzoek als vanuit de HIC-visie is het onwenselijk een strikte leeftijdsgrens te hanteren. Daarnaast is het belangrijk om naast de kalenderleeftijd ook oog te hebben voor de ontwikkelingsleeftijd. Deze kwetsbare populatie, vaak tijdens een eerste episode van ziekte, nodeloos bloot te stellen aan deze onderbrekingen in de zorgcontinuïteit, draagt niet bij aan het zorg-op-maat principe wat de HIC visie nastreeft. Het is dan ook belangrijk zorgafspraken te maken met ketenpartners (met name de volwassenen psychiatrie) over samenwerking rondom deze leeftijdsgroep. Denk hierbij aan samenwerking met FACT teams, opname-afdelingen en poliklinieken.

Personele bezetting

Voor de behandeling van deze complexe doelgroep is een multidisciplinair team noodzakelijk met voldoende kennis van de psychopathologie op de kinder- en jeugdleeftijd en ervaring in crisiswerk. In het HIC- werkboek wordt een opsomming gegeven van de noodzakelijke disciplines, nl. psychiaters, sociotherapeuten, verpleegkundigen, (GZ-) psychologen, verpleegkundig specialisten, activiteitenbegeleiders, vaktherapeuten, teamleider/ behandel coördinator, ervaringsdeskundigen en verslavingsdeskundigen. Als aanvulling op de discipline genoemd in het HIC werkboek is een systeemtherapeut binnen de HIC- J een vereiste. Tevens is het van belang te benadrukken dat een HIC en zijn personeel slechts optimaal kunnen functioneren wanneer organisatie-breed de keuze voor het bieden van deze faciliteit wordt gedragen. Acut inspringen van disciplines, die geen vast onderdeel zijn van het behandelteam op de HIC, is hierbij soms nodig en moet vanuit de organisatie worden gefaciliteerd, denk hierbij aan specifieke deskundigen.

Aanvullende opleiding

Voor de medewerkers op de HIC-J is ten minste een basiskennis van systemisch werken essentieel. Om de lopende ambulante behandelingen te kunnen ondersteunen of nieuwe behandeling te starten is een basiskennis van veel voorkomende behandelvormen noodzakelijk. Gezien de stemmingsklachten en persoonlijkheidsproblematiek die bij een groot deel van de acute

jeugdpopulatie spelen, is kennis op het gebied van diverse cognitief-gedragstherapeutische technieken wenselijk.

Evaluatie

Evaluatie van de zorg op een HIC is van groot belang om te blijven innoveren. Een interne kwaliteitscyclus is essentieel, waarbij informatieverzameling bij patiënten van cruciaal belang is. Gezien de hoge wisselingen van patiënten op een HIC kan men de voorkeur geven aan kort cyclische aanpassingen, bijvoorbeeld de Plan Do Check Act cyclus (PDCA). Naast kort cyclische evaluatie wordt geadviseerd regelmatig (eens per 2 jaar) de HIC monitor Jongeren af te nemen (nog aan te passen naar jongeren door stichting HIC in samenwerking met leden vanuit het EKJP).

Aandachtspunten:

- Crisiszorg aan jongeren is alleen te realiseren met plaatsbesteding
- Transitieleeftijd vereist flexibele samenwerking tussen jeugd en volwassenen psychiatrie en andere ketenpartners
- Verder biedt de afdeling een programma dat, ook buiten kantooruren en in het weekend, structuur en invulling biedt en gericht is op resocialisatie
- De keuze voor een HIC wordt breed gedragen in een organisatie
- Lege bedden om crisisfunctie te kunnen vervullen
- Multidisciplinair team met brede basiskennis in behandelvormen, bijvoorbeeld systeem, CGT, DGT
- Ontwikkel een interne kwaliteitscyclus, gebruik bij voorkeur hierbij de HIC Monitor Jongeren

Dit document is geschreven door werkgroep HIC-J

P.A. Erkelens

P.C.M. Herpers

J. Steenmeijer (vz)

N.C. de Vos- van Delft

J.A. Waas

C. Witte

Augustus 2017