

High & Intensive Care Jongeren (HIC-J)

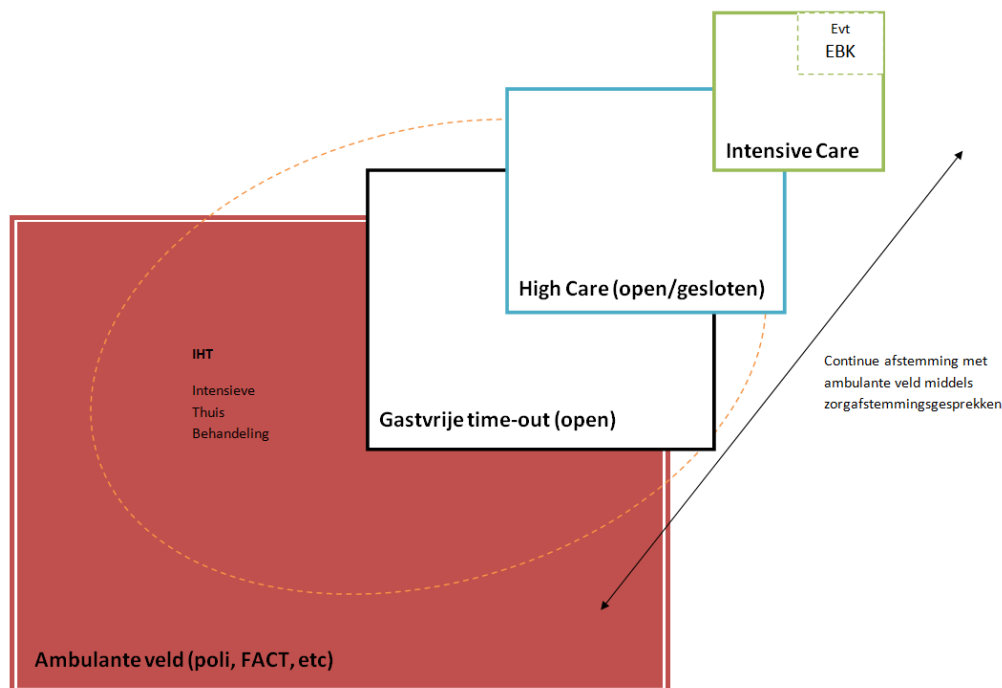
Visie- en ervaringsdocument

Herziene versie november 2022

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 ontwikkelingsfase en de mate waarin ouders betrokken zijn, als mede verantwoordelijken in de opvoeding. De Landelijke werkgroep HIC-J heeft op vraag door Stichting HIC, in 2017 dit visie- en ervaringsdocument geschreven. In 2022 is dit document herzien en zijn de ervaringen van de afgelopen 5 jaar in dit document opgenomen.

In een HIC-J wordt gewerkt volgens de HIC methodiek zoals beschreven voor volwassenen in het HIC Werkboek. De ambulante behandeling is de basis en blijft leidend, een opschaling naar kortdurende klinische zorg is mogelijk om de juiste zorg te kunnen bieden. 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 als 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. Juist binnen de kinder- en jeugdpsychiatrie is het belangrijk dat verandering in de thuissituatie plaatsvindt. Enerzijds omdat verandering in gedrag zich vaak niet generaliseert van de ene naar de andere situatie, maar ook omdat niet alleen de jongere, maar ook de andere gezinsleden, en zeker de ouders, mee veranderen. Daarom is intensieve samenwerking tussen de HIC-J en een transmuraal werkend behandelteam gericht op intensieve behandeling binnen de thuissituatie noodzakelijk. Hiervoor wordt binnen de KJP steeds meer gebruik gemaakt van Intensive Home Treatment (IHT). Met IHT kunnen opnames worden voorkomen, verkort en kan de transitie naar huis beter en effectiever verlopen. 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

High & Intensive Care (HIC)

Op de HIC wordt herstel ondersteunende zorg geboden, fundamenten 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 fundamenten 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 jongere en zijn/haar netwerk. Ondersteuning van een systeemtherapeut is hierin passend. Dagelijks vindt er een multidisciplinair overleg plaats door direct betrokken behandelaren, waar middels een vast structuur de voorgang wordt besproken en het beleid wordt afgestemd. Het is mogelijk dat de jongere en leden van het gezin (fysiek of via beeldbellen) hierbij aanwezig zijn. Tijdens dit dagelijks overleg (dagelijkse 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 actief deel te nemen aan de opname door dagelijks contact, aanwezigheid op de afdeling en bijvoorbeeld te blijven slapen. In de meest uitgebreide vorm is het wenselijk 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 deelnemen aan de samenleving door aanleren van crisisvaardigheden, een ondersteunend middel hierin is het dagelijks gebruik van het crisis signaleringsplan (CSP), dat zowel ambulante als op de HIC-J actief ingezet kan worden. Waar mogelijk gaan sociale activiteiten (bijvoorbeeld school, sport, muziekles) door tijdens de opname. Bij veel jongeren die op de HIC-J 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 jongere. De afdeling biedt een programma dat, ook buiten kantoortijden en in het weekend, structuur en invulling biedt en gericht is op resocialisatie. D.w.z. werken aan herstel, acceptatie en aan positieve gezondheid.

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:

- Aanleren crisisvaardigheden, o.a. Crisis SignaleringsPlan (CSP)
- Sociaal netwerk en ambulante behandelaren betrekken bij opname door
 - Iemand uit het sociaal netwerk mee opnemen in eerste 48 uur
 - Dagelijkse visite en telefonische conferentie *met* jongeren 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 jongere en zijn sociale netwerk een prettige eerste ervaring hebben tijdens een opname in de psychiatrie. Tijdens de opname behoudt de jongere de eigen regie zoveel mogelijk. Indien nodig wordt een deel van de regie overgenomen, maar zo snel mogelijk weer teruggegeven aan de jongere. Meestal is het hierbij nodig om, in afstemming met jongere, ouders en betrokken behandelaren, voor een zogenaamd autonomie- en herstel bevorderend beleid te kiezen. Voor verdere uitwerking van autonomie- en herstelbevorderend beleid zie kopje 'Best practice en aanverwante ontwikkelingen'.

Het is wenselijk dat de architectuur van de afdeling hieraan tegemoet kan komen, bijvoorbeeld door het bieden van een open deur aan hen en 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 jongere 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 jongere centraal.

Op de HC wordt uitgegaan van het kunnen functioneren in een groep, er kan één op één begeleiding gegeven worden als de jongere dat nodig heeft. Dit betekent optimaal aansluiten bij de jongere in crisis waarbij aanwezigheid en/of beschikbaarheid centraal staan, met als doel het herstellen van de eigen regie. Een hoge beschikbaarheid is o.a. te creëren door 'kantoor taken' uit te voeren op een laptop op de afdeling.

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 verhoogde nabijheidsbehoefte, waarbij volledige beschikbaarheid is van een medewerker. De IC is een rustige omgeving en prikkelarm ingericht. Op een IC is de zorg gericht op de veiligheid van de jongere en het stabiliseren 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 jongere.

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 jongere en/of anderen in het geding is.

Anders dat 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 men 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 jongere in de EBK verblijft, is dat alleen omdat een andere ruimte niet voldoende bescherming en veiligheid kan bieden.

EBK is een ruimte waar jongeren 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 jongere zal vanuit de EBK regie kunnen voeren over hetgeen de jongere 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 jongere zijn of een zorgverlener/behandelaar. Ook in de EBK staat behandeling van de jongere 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-J zonder EBK

Er zijn afdelingen welke een HIC-J hebben zonder EBK, zij kunnen in goede samenwerking gebruik maken van afdelingen of organisaties met een EBK, die dichtbij zijn gelegen.

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.

Autonomie- en herstel bevorderend beleid

Autonomie- en herstelbevorderend werken is een visie en werkwijze die de basis vormt binnen de High & Intensive Care Jongeren (HIC-J). Autonomie- en herstelbevorderend werken zijn grondbeginselen voor het creëren en behouden van samenwerking. De visie en werkwijze gaan uit van eigenaarschap van de jongere over zijn hersteltraject. Het vraagt van hulpverleners om vertrouwen te geven, zodat jongeren daadwerkelijk in staat worden gesteld om verantwoordelijkheid te nemen. Daar hoort ook bij dat hulpverleners moeten verdragen dat zij niet alles in de hand hebben.

Tijdens de opname behoudt de jongere de eigen regie zoveel mogelijk. Indien de problematiek daar om vraagt wordt een deel van de regie overgenomen. Denk dan vooral aan symptomen waarbij de jongere grip op de realiteit verliest. In de meeste andere situaties is het van belang de jongere zo snel mogelijk te leren zelf verstandige keuzes te maken ten aanzien van eigen veiligheid, stabilisatie en herstel. Vanuit de omgeving wordt er vanuit invoelbare emoties vaak een groot appel gedaan op het beheersen van het onveilige gedrag. De praktijk leert dat dat op de middellange en lange termijn de symptomen (onveiligheid) juist vergroot. Je geeft impliciet aan de jongere de boodschap het niet zelf te kunnen. Vanuit deze inzichten streeft men naar zoveel mogelijk autonomie behoudt bij jongeren en ouders. Ook op de momenten dat dat soms veel spanning oproept. Er wordt gestreefd naar

relationele veiligheid door beschikbaarheid en nabijheid in plaats van fysieke veiligheid met beperkingen van vrijheden.

Intensive Home Treatment (IHT)

Een belangrijk uitgangspunt van het zorgaanbod binnen een HIC is 'empowerment' van de jongere en zijn gezin. Langdurige opname vergroot echter het risico op afhankelijkheid van klinische hulpverlening. Het is daarom belangrijk om in de crisis met een intensieve systemische behandeling in de thuissituatie het gezin te ondersteunen om zodoende de zelfredzaamheid van jongere en gezin binnen het eigen netwerk te vergroten. Waar 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, sluit IHT het best aan bij gezinnen waarin psychiatrische crises plaats vinden. HIC-opname blijkt dan vaak niet nodig, of kunnen HIC-opnames 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 bij 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 (ambulante) behandelingen door jongeren telefonische en chat-consultatie te bieden of kortdurende (24-48 uur) opname onder, vooraf met eigen behandelaar, afgestemde voorwaarden, dit wordt ook wel een preventie bed of 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 jongeren en de eigen regie worden versterkt.

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 jongere 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

Plaats bekostiging

Randvoorwaarde om bovenstaande zorg te kunnen leveren is een financieel kader dat passend is voor de behandeling van jongeren met de meest complexe psychiatrische problematiek. Een opname op de HIC- J is een tijdelijke opschaling van zorg. Het ambulante traject moet voortgezet kunnen

worden waardoor er meerdere financieringen moeten kunnen bestaan, een zo genaamde crisibekostiging. De financiering zou de patiënt moeten volgen en niet anders om.

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. Er is een Buitenregionale bekostiging vastgelegd voor financiering van Gastplaatsingen, door de VNG.

Door de centrale verantwoordelijkheid onder de Jeugdwet, 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.

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. Acuuut 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-J is van groot belang om te blijven innoveren. Een interne kwaliteitscyclus is essentieel, waarbij informatieverzameling bij jongeren van cruciaal belang is. Gezien de hoge wisselingen van jongeren op een HIC-J 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 en op basis hiervan een verbeterplan te formuleren, zodat de zorg op de HIC-J afdeling zich blijft ontwikkelen. Door de HIC-J Monitor middels een collegiale toetsing bij elkaar af te nemen, vergroot je de leermogelijkheid en de landelijke eenheid in werken.

Aandachtspunten:

- Crisiszorg aan jongeren is alleen te realiseren met plaats bekostiging.
- 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-J 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 herzien door de Landelijk werkgroep HIC-J

Pierre Herpers (vz)

Anne Pelzer

Jeroen Steenmeijer

Willemijn Veenboer

Tineke de Vos

Joost Waas

De eerste versie (2017) is ontwikkeld in opdracht van Stichting HIC en het EKJP

Herziene versie november 2022