

# High Intensive Care (HIC) ADOLESCENTEN

**Werkdocument versie 1.6 – Februari 2021**

A. Pelzer, Kinder- en Jeugd psychiater, Herlaarhof

M. van Seters, GZ psycholoog in opleiding tot klinisch psycholoog, GGZ Oost Brabant

F. Wagemaker, Psychiater, GGZ Oost Brabant

M. van den Bogaard, klinisch psycholoog, Herlaarhof

## Inhoudsopgave

Voorwoord .....	3
1. Missie en Visie .....	5
1.1 Missie.....	5
1.2 Visie .....	5
1.0 Intern werkproces HIC Adolescenten.....	6
2.1 Achtergrond.....	6
2.2. Doelgroep HIC Adolescenten .....	7
2.2.1 Afbakening Jongeren HIC en volwassen HIC .....	7
2.2.2 Algemene opname en exclusie criteria voor opname op HIC Adolescenten .....	9
2.3 Opname duur .....	10
3.1 Behandelstaf HIC Adolescenten .....	11
3.3 Disciplinemix en beoogde formatie personeel. ....	12
3.4 Overige disciplines.....	13
4. HIC Adolescenten binnen de interne keten van de betrokken organisaties.....	15
4.1 In- en doorstroom .....	15
4.1.1 Noodzakelijke randvoorwaarden .....	16
4.3 Opname op verzoek van een ketenpartner (gastplaatsing).....	16
5. Werkwijze HIC Adolescenten .....	17
5.1 Uitgangspunten bejegening en therapeutisch milieu .....	17
5.2 Het primair proces.....	18
5.2.1 Het ZAG gesprek.....	18
5.2.2 De persoonlijk begeleider.....	18
5.2.3 Multidisciplinaire samenwerking .....	18
5.2.4 Intervisie .....	19
5.3 Dagstructuur.....	19
5.3 Systemisch werken.....	20

Inhoudelijke werkbeschrijving - HIC ADOLESCENTEN –

5.4 Herstel ondersteunende zorg.....	20
5.5. Inzet middelen en maatregelen .....	20
5.6 Medicamenteuze ondersteuning .....	21
5.7 Non-medicamenteuze ondersteuning .....	21
5.8 Innovatie.....	21
7. HIC Adolescenten als lerende organisatie.....	22
Literatuurlijst .....	23

## Voorwoord

Dit visie- en werkdocument is tot stand gekomen naar aanleiding van de ontwikkeling van de High Intensive Care (HIC) voor adolescenten, een samenwerkingsverband tussen van Reinier van Arkel en GGZ Oost Brabant. Het document bevat richtinggevende principes en aanbevelingen, waarbij de opgedane kennis en ervaringen van de HIC Jongeren van Herlaarhof (Reinier van Arkel) in combinatie met de bestaande literatuur als leidraad hebben gediend.

Vanwege de wens en noodzaak om dwang- en drangtoepassingen terug te dringen bij de behandeling van (opgenomen) psychiatrische patiënten, werden in 2010 in opdracht van GGZ Nederland veldnormen opgesteld (GGZ Nederland, 2010). Hierop volgend werd in 2013 het High en Intensive Care (HIC)-model geïntroduceerd (van Mierlo e.a., 2013; Voskes & van Mierlo, 2020). Het gaat uit van herstel ondersteunende zorg (HOZ), waarbij de patiënt ondersteund wordt door tijdig in de (dreigende) crisis in te grijpen en van daaruit in zijn of haar herstel waarbij de eigen regie centraal staat.

De kracht van het model is dat er op- en afschaalmogelijkheden zijn, al naar gelang de intensiteit van de zorgvraag, waardoor matched cure ge(waar)borgd blijft (zo kort en licht als mogelijk, zo zwaar als nodig). Door het laagdrempelig kunnen bieden van aandacht en nabijheid, stijgt de kwaliteit van zorg stijgen en dientengevolge zullen de dwang en drang interventies dalen, zo is de verwachting en blijkt uit de eerste studies. De vertaalslag naar een High & Intensive Care Jongeren (HIC J) vond in 2017 plaats op verzoek van het Expertisenetwerk kinder- en jeugdpsychiatrie (Erkelens e.a., 2017; Herpers & Velthuisen, 2020).

Vanuit de dagelijkse praktijk, ondersteund door de literatuur, weten wij dat adequate zorg in de periode van jongvolwassenheid belangrijk is bij het voorkomen van chroniciteit (Couwenbergh & Weeghel, 2020). De HIC J heeft een opnameleeftijd van 12 tot 18 jaar oud, een levensfase waarin zowel de lichamelijke en psychosociale ontwikkeling een grote vlucht nemen. Echter is de ontwikkeling na het 17e levensjaar allerm minst “klaar”. Zo hebben jongeren in deze transitiefase redelijkerwijs nog ondersteuning nodig van ouders en/of verzorgers richting een zelfstandig leven. Fysiologisch gezien is dan wel de lengtegroei bij de meesten gestopt, maar rijpen hersenen nog uit tot laat in de 20-er jaren (Dumontheil, 2016). Kortom, een periode die matched cure vraagt en waarbij de wettelijke grens tussen kind en volwassenen niet de scheiding is die binnen het zorglandschap van de (specialistische) GGZ gemaakt dient te worden. De meest intensieve vorm van psychiatrische zorg die wij kennen is een klinische opname. Als werkgroep zijn wij van mening dat een kliniek binnen de specialische GGZ toegespitst op adolescenten een plek verdient binnen het zorglandschap, een brug slaand tussen kinder- en jeugdpsychiatrie en volwassenenpsychiatrie met transitiepsychiatrie.

De HIC-methodiek is een raamwerk waarbinnen visie en therapeutische interventies verder ontwikkeld dienen te worden. Dit zorgt dan ook voor de “couleur locale” welke elke HIC in Nederland heeft. De kleur van onze HIC J wordt gekenmerkt door het sterk bevorderen van autonomie, een autonomie- en herstelbevorderend beleid in combinatie met geweldloos verzet (Pelzer & Van den Bogaard, aangeboden; Van Schaik & Pelzer, in bewerking; Bom & Wiebenga, 2020; Hicks & Kustner, 2020). De ingezette interventies terug gevoerd kunnen worden naar beschreven methodieken.

Elementen uit de narratieve therapie vormen de basis voor het maken (en veranderen) van het verhaal (White, 2009; Tadros, 2020; Scheepers, 2021). De oplossingsgerichte therapie (Shazer, 2008) sluit hier bij aan welke als rode draad door de opname heen op zowel individueel als systemisch vlak wordt ingezet. In de ondersteuning van jongeren wordt dikwijls motiverende gespreksvoering gebruikt om hen te helpen om te gaan met de ambivalentie welke veranderingen teweeg brengen (Miller & Rollnick, 2012). Relationship management (Dawson & MacMillan, 2013) komt het dichtst in de buurt van een autonomie bevorderend beleid, waarbij wederzijdse verantwoordelijkheden centraal staat. De therapieën met bijbehorende interventies dragen bij aan het bevorderen van herstel, zowel op individueel als systemisch vlak en het voorkomen van chroniciteit.

Tot slot: het betreft work in progress, waarbij op basis van nieuwe opgedane kennis, ervaring en onderzoek het document aangepast kan worden. Als werkgroep vinden wij de landelijke ontwikkeling van transitiepsychiatrie belangrijk, en met dit document hopen wij hier een bijdrage aan te leveren.

Vught, februari 2021

A. Pelzer, Kinder- en Jeugd psychiater, Herlaarhof

M. van Seters, GZ psycholoog in opleiding tot klinisch psycholoog, GGZ Oost Brabant

F. Wagemaker, Psychiater, GGZ Oost Brabant

M. van den Bogaard, klinisch psycholoog, Herlaarhof

## 1. Missie en Visie

### 1.1 Missie

De HIC Adolescenten biedt specialistische kortdurende acute klinische zorg aan cliënten in de leeftijd van 16 tot 23 jaar bij wie sprake is van een ernstige psychiatrische stoornis en voor wie het intensieve behandel aanbod (tijdelijk) onvoldoende zorg kan bieden. Het zorgaanbod van HIC Adolescenten is specifiek toegerust op zorgbehoeftes van de adolescent die zich in de transitiefase van de kinderleeftijd naar de volwassenleeftijd bevindt en neemt daarmee in het zorglandschap een plaats in tussen de bestaande HIC's Jongeren en HIC's volwassenzorg.

### 1.2 Visie

De uitgangspunten van de HIC Adolescenten zijn geïnspireerd op de bestaande kaders van de HIC Jongeren en de HIC volwassenen.

- Autonomie, herstel van eigen regie en veiligheid van de cliënt vormen de focus van de behandeling.
- Contact is de basis van de behandeling, vanuit een nieuwsgierige open houding.
- Contact met de cliënt en zijn directe omgeving kenmerkt zich door present zijn en een respectvolle bejegening.
- Wonen doe je thuis. Een opname is een zo kort mogelijke interventie.
- We sluiten aan bij de ontwikkelingsfase van de adolescent
- Ouders/verzorgers hebben een actieve rol in de behandeling en belangrijke anderen worden actief betrokken bij de behandeling.
- Een opname is een intermezzo in een ambulante behandeltraject. De ambulante behandeling is leidend en de ambulante behandeling wordt zo veel mogelijk voortgezet gedurende de klinische opname.
- Een klinische opname is de meest intensieve interventie die het de betrokken zorgaanbieders (GGZ Oost Brabant/ Reinier van Arkel) hebben t.a.v. veiligheidsniveau voor de cliënt.
- Zorgafstemming en samenwerking is de basis van de behandeling (ambulante hulpverleners, cliënt en naasten zijn altijd aanwezig)
- Een gezonde omgeving draagt bij aan herstel.
- De behandeling op de HIC Adolescenten is gericht op (crisis)preventie waarin het maken van een signaleringsplan en veiligheidsplan belangrijke methodieken vormen.
- De-escalerend werken is basis van iedere medewerker en het terugdringen van dwang en drang is verankerd in het beleid.

## 1.0 Intern werkproces HIC Adolescenten

### 2.1 Achtergrond

HIC, of wel High & Intensive Care, is een model voor kortdurende klinische opname in de geestelijke gezondheidszorg. Het is een gedachtegoed dat door diverse GGZ partners gezamenlijk ontwikkeld is (Van Mierlo, Bovenberg, Voskes & Mulder, 2013). De behandeling op de HIC is erop gericht de patiënt eigen regie te laten hervinden en herstel mogelijk te maken. Behandeling op een HIC zal in veel gevallen een intermezzo zijn binnen een ambulante behandeltraject (Van Mierlo, Bovenberg, Voskes & Mulder, 2013).

Vanaf 2013 is het HIC model zoals beschreven voor de Nederlandse volwassenenpsychiatrie (Van Mierlo, Bovenberg, Voskes & Mulder, 2013), vertaald naar een werkwijze die geschikt is voor jongeren in de leeftijd van 12 tot 18 jaar, het HIC Jongerenmodel. Het HIC jongerenmodel verschilt van de volwassen methodiek met betrekking tot de systemische en pedagogische componenten die van wezenlijk belang worden geacht voor de uitkomsten van de klinische opname binnen deze doelgroep. Daarnaast ligt de focus net als binnen de HIC methodiek op een kortere opnameduur en het terugdringen van drang en dwang (Expertisenetwerk Kind- en Jeugdpsychiatrie, 2017).

Binnen het werkveld van de GGZ is de laatste jaren veel aandacht voor de specifieke eigenschappen van de doelgroep 12 tot 23 jaar, ook wel de transitiepsychiatrie genoemd. Transitiepsychiatrie houdt in dat de zorg voor jongeren van 12 jaar en ouder steeds meer op de jongere zelf gericht wordt. Zorg aan jongeren in de adolescentenleeftijd gaat gepaard met een verschuiving van het betrekken van het systeem naar een meer individuele focus, waarin ouders een minder prominente rol innemen ([www.kenniscentrum-kjp.nl/professionals/dossiers/jongvolwassenen](http://www.kenniscentrum-kjp.nl/professionals/dossiers/jongvolwassenen)). Tegelijkertijd betreft dit een kwetsbare doelgroep waarin veel psychische problemen zich voor het eerst manifesteren. Zo manifesteert driekwart van de psychische stoornissen zich voor het eerst vóór de leeftijd van 24 jaar, en de helft vóór de leeftijd van 14 jaar. Bovendien blijkt dat 98 procent van de jeugdigen met een psychische stoornis meer dan één probleem ervaart, wat kan variëren van dakloosheid en werkloosheid tot crimineel gedrag en middelenmisbruik (Van Amelsfoort, 2013). Dit pleit voor een goede organisatie van zorg waarin overbrugging van de jeugdzorg naar volwassenzorg geborgd is. In lijn met de landelijke trend om de zorg rondom deze kwetsbare doelgroep vorm te geven vanuit adolescententeams, biedt de HIC Adolescenten kwalitatief hoogstaande kortdurende klinisch zorg binnen een integraal zorgaanbod van ambulante, intensieve en outreachende zorg. Hierin is de intensieve (outreachende) zorg het uitgangspunt en er is een vangnet van de kliniek is die state of the art zorg levert.

## 2.2. Doelgroep HIC Adolescenten

De HIC Adolescenten biedt kortdurende klinische zorg aan adolescenten in de leeftijd van 16 tot 23 jaar bij wie sprake is van een ernstige psychiatrische crisis. Doel van opname op de HIC Adolescenten is het behandelen van een ernstige psychiatrische (en eventueel daarmee samenhangende systemische crisis) en het toewerken naar herstel van de eigen regie van de cliënt in een professionele omgeving wat leidt tot stabilisatie van de cliënt en waardoor (intensieve) ambulante behandeling weer mogelijk wordt. Een klinische opname wordt hiermee gezien als een intermezzo in een ambulante behandeltraject waarbij de ambulante behandeling leidend blijft en waarbij de opnameduur zo kort als mogelijk wordt gehouden.

De huidige landelijke HIC richtlijnen zijn beschreven voor zowel de volwassendoelgroep, als de jeugdgroep (12 tot 18 jaar). De HIC Adolescenten richt zich op de doelgroep 16 tot 23 jaar en kent daarmee een overlap tussen beide beschreven doelgroepen. Naar verwachting zal de doelgroep adolescenten gekenmerkt worden door een combinatie van de ontwikkelingsgerichte en systeemgerichte visie en zorgbehoefte enerzijds en de uitingsvormen van meer uitgerijpte psychiatrische problematiek anderzijds.

Landelijk zijn er geen voorbeelden van HIC afdelingen die zich enkel richten op de doelgroep Adolescenten. Inmiddels zijn er wel voorbeelden van instellingen die de opnamegrens voor jeugd hebben verlegd van 18 naar 23 jaar. In dit werkdocument wordt een advies gegeven voor een eerste richting van de wijze van inrichting van de kliniek (zoals richtlijnen rondom opnameduur). Echter zal al werkende weg meer informatie ontstaan over de specifieke kenmerken van de doelgroep die uiteindelijk wordt opgenomen en de zorgbehoeftes van deze doelgroep. De werkgroep ziet een belangrijke rol voor het monitoren van de opstartfase zodat gemaakte keuzes kunnen worden geëvalueerd en waar nodig aangepast.

### 2.2.1 Afbakening Jongeren HIC en volwassen HIC

De doelgroep HIC adolescenten kent een overlap in leeftijdsgrenzen met zowel de HIC Jongeren als de HIC 's. Om tot een passende afweging te komen welk behandelmilieu het best passend is, is een wegingskader voorgesteld (zie tabellen).

De HIC Jongeren kenmerkt zich ten opzichte van de HIC Adolescenten door de specifieke kennis en kunde aan de doelgroep van de jeugdige die veelal nog thuiswonend is en bij wie een systeemgerichte visie op de voorgrond staat. Het verschil tussen de HIC Adolescenten en de HIC volwassenen komt naar voren in de ontwikkelingsspecifieke behandelvisie van de HIC Adolescenten ten opzicht van de HIC Volwassenen. Op de HIC Adolescenten ligt de focus op de transitie van de jongere naar de volwassenleeftijd, waarin het gezin van herkomst nog steeds een belangrijke rol speelt en aandacht is voor herstel naar een goede maatschappelijke inbedding in studie, werk en het sociale leven. Daarnaast zal de HIC Adolescenten naar verwachting een behandelomgeving kenmerken waarin langdurige psychiatrische beelden minder op de voorgrond staan vanwege de jongere populatie en is er meer nog dan binnen de volwassenzorg, aandacht voor het in beeld houden van de gezonde ontwikkelkanten van de



## Inhoudelijke werkbeschrijving - HIC ADOLESCENTEN –

jongere. Voor deze leeftijdsgroep geldt als centrale opnameregels; opname op een HIC adolescenten tenzij...

Om te voorkomen dat inhoudelijke afweging ondergesneeuwd raakt aan logistieke processen (capaciteit) wordt de beslissingsbevoegdheid om cliënten buiten de geldende leeftijdsgrenzen op te nemen op HIC Adolescenten **alleen** neergelegd bij de **hoofdbehandelaar** van de HIC Adolescenten. Daar waar dit de HIC Jongeren betreft, valt dit onder de verantwoordelijkheid van de hoofdbehandelaar van de HIC Jongeren. Hieruit vloeit logischerwijs voort dat de besluitvorming over dergelijke opnames alleen binnen kantooruren genomen kunnen worden.

### *Wegingskader leeftijdsgroep 16 - 18 jaar: Jongeren HIC vs. HIC Adolescenten*

	HIC Jongeren	HIC Adolescenten
De jongere verblijft binnen een gezinssituatie waarin de ouders nog sterk betrokken zijn bij de jongere en de jongere nog slechts een beperkte ontwikkeling heeft doorgemaakt in de separatie naar een meer autonoom functioneren.	X	
Er is sprake van een achterblijvende ontwikkeling op cognitief dan wel sociaal emotioneel ontwikkelingsniveau waarop de jongere het beste kan worden aangesproken	X	
Er is sprake van een manifest psychiatrisch beeld (zoals een psychose of manie) waarbij het vermoeden bestaat dat deze symptomen onderdeel uitmaken van een onderliggende ernstige psychiatrische stoornis (EPA) waarvoor ook in de nabije toekomst mogelijk nieuwe opnames noodzakelijk zijn en vanwege de leeftijd meer continuïteit op de HIC A geboden kan worden.		X

### *Wegingskader leeftijdsgroep 18 - 23 jaar: HIC Adolescenten vs. HIC volwassenen*

	HIC Adolescenten	HIC Volwassenen
De jongere verblijft binnen een gezinssituatie waarin de opvoeders nog steeds een rol van betrokkenheid spelen	X	
De jongere bevindt zich in de transitie naar volwassenheid waarin de specifieke thema's als het zoeken naar de eigen identiteit op gebied van wonen, werk en sociaal maatschappelijke inbedding centraal staan.	X	
Er is sprake van een eerste uiting van een mogelijk ernstige psychiatrische stoornis (oa. psychose/ manie) waarbij er binnen de jongeren zelf en/of zijn omgeving er voldoende gezonde ontwikkelingspunten zijn om	X	
Er is sprake van een manifest psychiatrisch beeld (zoals een psychose of manie) waarbij het vermoeden bestaat dat deze symptomen onderdeel uitmaken van een onderliggende ernstige psychiatrische stoornis (EPA) waarvoor ook in de nabije toekomst mogelijk nieuwe opnames		X

noodzakelijk zijn én is er sprake van een volledig doorlopen individualisatiefase waarin de jongeren beschikt over eigen woonruimte, werk en een sociaal maatschappelijke inbedding waardoor de aansluiting bij het volwassenveld beter past

## 2.2.2 Algemene opname en exclusie criteria voor opname op HIC Adolescenten

Opname op een kliniek HIC Adolescenten is mogelijk binnen een gedwongen of een vrijwillig kader.

Een *gedwongen opname* vindt plaats in het kader van een dwangmaatregel conform de WvGGZ. De indicatie voor opname is gesteld in de zorgovereenkomst die onderliggend is aan de dwangmaatregel.

Wanneer er sprake is een *vrijwillige opname* wordt de indicatie voor opname gesteld door de ambulante behandelaar in overleg met de klinisch behandelaar. Er dient overeenstemming te zijn over het opname doel, de beoogde duur en de ambulante behandelaar neemt de verantwoordelijkheid op zich voor de uitstroom (ongeacht of de ambulante behandelaar de uitstroom zelf uitvoert of garant staat voor een passend alternatief bijvoorbeeld naar een andere team of andere instelling). Indien er sprake is van een verschil van mening heeft de klinisch behandelaar bij een vrijwillige opname de doorslaggevende stem.

Voorts kunnen de volgende opname en exclusiecriteria beschreven worden ten aanzien van opname op de HIC Adolescenten. De (waarnemend) psychiater is diegene die uiteindelijk besluit of de opname passend is.

### *Inclusiecriteria:*

- De cliënt heeft de leeftijd van 16 tot 23 jaar
- In een vrijwillig kader is sprake van een ernstige psychiatrische (en systemische) crisis waarbij intensieve ambulante hulp niet afdoende is om de regressie/negatieve spiraal te doorbreken.
- In een gedrongen kader wordt patiënt conform de definities van de WvGGZ (voorheen wet BOPZ) opgenomen. Dat kan zijn met een crisis maatregel of een zorgmachtiging.
- Er is ten alle tijde sprake van een woonplek die op het moment van ontslag nog steeds aanwezig is.
- Voorafgaande aan opname worden in het kader van voorbereiding en verwachtingsmanagement doelen gesteld die realistisch zijn binnen het tijdsplan van de HIC opname.
- Ketenpartners zoals voogdijinstellingen en gemeentes wordt van meet af aan betrokken zodat de continuïteit van zorg geborgd is.

### *Exclusiecriteria*

- Middelenmisbruik staat op de voorgrond
- Er is sprake van onderliggend somatisch leiden waarvoor medische interventies noodzakelijk zijn.
- Er is sprake van een cognitieve beperking die vraagt om een meer passend behandelmilieu en bejegeningaspecten dan geboden kan worden op een HIC adolescenten. Een opname binnen een specifieke LVB setting wordt meer passend geacht.

- Er is sprake van persoonlijkheidsproblematiek met een grote kans op regressie en hospitalisatie. Deze patiënten kunnen enkel onder strikte voorwaarden kortdurend opgenomen worden als het onderdeel is van een ambulante behandeltraject.
- Een pedagogische/systemische crisis staat op de voorgrond (een overbelast systeem is geen hoofdreden tot opname, intensieve ambulante zorg samen met ketenpartners of een netwerkplaatsing is dan geïndiceerd)
- Er is sprake van op de voorgrond staande instrumentele agressie en/of geweld vanuit de cliënt.

### 2.3 Opname duur

Gekeken naar de geldende landelijke richtlijnen (HIC jongeren monitor en HIC volwassenen monitor) komt naar voren dat beide doelgroepen verschillen in de beoogde opnameduur. De HIC jongeren monitor gaat uit van een maximale duur van twee week tegenover een maximale duur van drie weken binnen de volwassen monitor. Deze norm geldt voor 90% van de casuïstiek, in de overige 10% doet men wat nodig is. Voor beide doelgroepen blijft het algemene uitgangspunt dat klinische opname zo kort als mogelijk duurt.

Inhoudelijk gezien heeft de visie van HIC Adolescenten veel overlap met het gedachtegoed van de HIC Jongeren waarin meer aandacht is voor het ontwikkelings- en systeemgerichte gedachtegoed. Echter kan verwacht worden dat de adolescentendoelgroep meer dan de jongerendoelgroep wordt gekenmerkt door complexere psychiatrische beelden voor wie de opnameduur van twee weken mogelijk onvoldoende aansluit.

Vanuit de inhoudelijke werkgroep wordt daarom voorgesteld om in de startfase van HIC adolescenten extra zicht te verkrijgen op de aard en ernst van opgenomen problematiek en de zorgbehoefte. Voorgesteld wordt om aan de hand van deze gegevens pas in een later stadium (beter inhoudelijk onderbouwde) uitspraken te doen over de best passende opnameduur.

### 3.1 Behandelstaf HIC Adolescenten

De behandelstaf van de HIC Adolescenten kenmerkt zich door multidisciplinariteit enerzijds en continuïteit anderzijds waarin de leidende inhoudelijke behandelvisies vertegenwoordigd zijn in de gekozen disciplinemix. De doelgroep HIC Adolescenten kenmerkt zich door een combinatie van psychiatrische en systemische problematiek die gezien wordt vanuit een ontwikkelingsgerichte visie. Idealiter wordt de behandelstaf op een HIC Adolescenten vertegenwoordigd door de volgende disciplines:

- *Kinder en Jeugd psychiater*. Idealiter is de beoogd psychiater geregistreerd als kind en jeugdpsychiater, dan wel heeft hij/zij expertise op dit vlak. Indien de kind en jeugd expertise onvoldoende geborgd kan worden binnen de psychiatrische discipline, dient extra aandacht te zijn voor de aanwezigheid van kennis en expertise op dit vlak bij de mede behandelaren. De (K&J) psychiater heeft de functie van hoofdbehandelaar.

- *Academisch opgeleide systeemtherapeut* (in de basis opgeleid als orthopedagoog of kind en jeugdpsycholoog waardoor de ontwikkelingsgerichte visie mede geborgd is. Een behaalde BIG registratie is hierbij een pré.) De systeemtherapeut/ agoog heeft zowel een rol naar de cliënt en diens systeem, als binnen het team. De systeemtherapeut/agoog borgt de ontwikkelingsgerichte en systeemgerichte visie naar de cliënt door aanwezig te zijn bij de gesprekken die met het netwerk worden gevoerd. Daarnaast richt de systeemtherapeut/ agoog zich op het ondersteunen van het teamproces. De systeemtherapeut heeft een coachende rol richting het team in het bewaken van het behandelmilieu en het hanteren van de dilemma's die zich hierin voor kunnen doen. Tevens heeft de systeemtherapeut de taak om ouderparticipaties/rooming in vorm te geven binnen het team.

- *Medebehandelaar medisch/ psychiatrisch (A(N)IOS/ vpk spec.)* De (K&J) psychiater wordt ondersteund door een A(N)IOS of verpleegkundig specialist. Hierbij geldt dat de voorkeur uitgaat naar een groter dienstverband bij één persoon, dan het toevoegen van meerdere personen aan de behandelstaf.

De behandelstaf dient een goede afspiegeling te zijn van de behandelvisies die leidend zijn op de HIC Adolescenten, welke zoals reeds betoogd, bestaan uit een combinatie van psychiatrische en systemische problematiek die gezien wordt vanuit een ontwikkelingsgerichte visie. Waarbij in acht wordt genomen dat een optimale behandelstaf zowel multidisciplinariteit kent, als continuïteit. Er bestaat dus een voorkeur voor een kleiner aantal grotere dienstverbanden, boven een verdeling van disciplines over kleinere dienstverbanden.

De uiteindelijk optimale formatie zal derhalve nauw samenhangen met de competenties die de uiteindelijke kandidaten met zich meebrengen.

Omdat voortzetting van de ambulante zorg de basis vormt van opname op de HIC, wordt er binnen de HIC *niet* ingezet op de inzet van vak therapeuten. De insteek is dat een bestaand ambulant kader zo veel als mogelijk wordt voortgezet. Tevens wordt gestreefd naar een zo kort als mogelijke opname waarin de inzet van dan nog onbekende en tijdelijke therapeut niet van meerwaarde wordt geacht. Vanuit het gedachtegoed van de HIC is een duidelijke dag structuur wel van belang.

### 3.3 Disciplinemix en beoogde formatie personeel.

Het uitvoerend team bestaat uit een mix tussen verpleegkundig en pedagogisch opgeleid personeel waarbij gestreefd wordt naar een balans tussen beide disciplines. Vanwege de noodzaak om in iedere dienst uiting te kunnen geven aan mogelijk noodzakelijke voorbehouden verpleegkundige handelingen geldt voor de verpleegkundige discipline de ondergrens dat deze discipline binnen elke dienst vertegenwoordigd moet kunnen worden. Een samenwerking met naburige afdelingen behoort tot de mogelijkheden.

Op basis van de beoogde werkzaamheden op de HIC Adolescenten, waarin een inhoudelijk sterk uitvoerend team de basis vormt van een professionele en veilige behandelomgeving, worden voorts de volgende kenmerken van belang geacht binnen de disciplinemix

- De kandidaat is minimaal HBO opgeleid, dan wel beschikt deze aantoonbaar over HBO denkniveau (en beschikt de kandidaat over aantoonbare werkervaring op dit niveau).
- De kandidaat beschikt over een geldige BIG registratie als verpleegkundige, dan wel een registratie als GGZ agoog.
- In de opbouw van het team wordt gestreefd naar een mix tussen verschillend aantal ervaringsjaren en verschillende type kennis en werkervaring. Daarnaast wordt een afwisselingen tussen verschillende persoonlijke stijlen, achtergronden en persoonlijkheden van meerwaarde geacht om tot een breed inzetbaar team te komen.
- werken in een HIC omgeving vraagt om sterke competenties en vaardigheden op zowel inhoudelijk als persoonlijk vlak. Belangrijke kernkwaliteiten van medewerkers zijn beschreven in het werkboek HIC (hoofdstuk 6.3) en omvatten onder meer flexibiliteit en daadkracht, stabiliteit, reflectief vermogen en de vaardigheid om vanuit eerlijkheid en oprechtheid contact te maken met de ander.

Voor een beddenscapaciteit van 8 bedden wordt een dagelijkse bezetting van drie personeelsleden per dienst (vroeg en laat) noodzakelijk geacht om de benodigde specialistische zorg te bieden. Opname op de HIC gaat per definitie gepaard met een ernstige psychiatrische crisis waarvoor intensieve ambulante zorg onvoldoende is gebleken. Het terugdringen van de inzet van dwang en drangmaatregelen vormt daarin een belangrijk uitgangspunt bij opname. Om dit te kunnen realiseren is het noodzakelijk dat er op ieder moment de mogelijkheid is om de begeleiding van een cliënt bij een (dreigende) crisis op te kunnen schalen van groepsgericht, naar één-op-één, naar twee personen. Hierdoor kan agressie van de cliënt naar zichzelf of de ander beter worden begeleid en voorkomen, waardoor de inzet van dwang en drangmaatregelen als verblijf in een Intensieve Care Unit of Extra Beveiligde Kamer zoveel als mogelijk kan worden voorkomen.

Het personeel vormt tevens de basis van de geboden behandeling op een HIC Adolescenten. Dagelijks zijn zij het eerste aanspreekpunt voor de cliënt, begeleiden zij hen bij het behalen van de doelen van opname en vormen zij de schakel tussen de cliënt en zijn omgeving (ze zijn aanwezig bij oudergesprekken en begeleiden op indicatie bezoeken van het systeem aan cliënt zowel binnen als

buiten de kliniek). Het personeel biedt daarnaast ondersteuning bij het opnemen van vrijheden (begeleiden van een wandeling oid) waardoor zij in de gelegenheid zijn om de doelen van opname actief te koppelen aan herstelgerichte doelen buiten de kliniek. Door het personeel actief op de voorgrond te zetten in alle facetten van de opname, ontstaat de mogelijkheden om op een HIC in korte tijd op verschillende domeinen resultaten te boeken. Aan de HIC Adolescenten zijn om deze reden geen specifieke activiteitenbegeleiders verbonden.

Binnen het team wordt gewerkt met een zogenoemde 'meewerkend voorman.' Dit betreft geen specifieke functiebeschrijving, maar vormt een extra takenpakket bovenop de functie van verpleegkundige/ agoog. De meewerkend voorman borgt, ondersteund door een meer continue inzet in het dienstrooster, de rode lijn van de behandeling en heeft een brugfunctie tussen behandelstaf en team.

### 3.4 Overige disciplines

#### *Een maatschappelijk werkende*

Een stabiele HIC omgeving wordt mede gekenmerkt door een goede doorstroom aan opnames. Goede afspraken rondom borging van huisvesting/ wonen, werk/studie en financiën is hierbij van meerwaarde. De inhoudelijke werkgroep ziet een meerwaarde in het aantrekken van een maatschappelijk werkende die specifiek belast is met het waarborgen van de in- en doorstroom van de kliniek (soort transfer verpleegkundige). Deze persoon onderhoudt de netwerk contacten binnen de betreffende GGZ instelling, onderhoudt het contact met de gemeentes en ketenpartners, deze persoon signaleert tijdig knelpunten binnen de eigen organisatie en daarbuiten en heeft (in afstemming met behandelteam) het mandaat om deze knelpunten kenbaar te maken op directieniveau.

Om te voorzien in de behoefte van continuïteit van deze functie enerzijds (snel inzetbaar ook bij korte opnames) maar een gering aantal uren anderzijds, dient nader uitgezocht te worden of hierin kan worden samengewerkt met andere klinische afdelingen.

#### *Ervaringsdeskundigheid*

De inzet van ervaringsdeskundigheid wordt van belangrijke meerwaarde geacht zowel ten aanzien van de cliënt als van de ouder en is geheel passend binnen de herstelgerichte visie. Vanuit de visie dat opname op een HIC een tijdelijk intermezzo vormt van een ambulante behandeltraject, is de inhoudelijke werkgroep van mening dat ervaringsdeskundigheid idealiter vanuit de reeds lopende ambulante behandeling beschikbaar is voor de cliënt. Het heeft de voorkeur van de werkgroep om nader uit te zoeken in hoeverre de ervaringsdeskundigheid vanuit dit kader beter beschikbaar kan worden gesteld aan de cliënt en zijn systeem. Ten aanzien van het verbinden van een ervaringsdeskundige specifiek aan de HIC Adolescenten wordt de hoge turnover (korte opname duur) als belangrijke contra-indicatie gezien. Wel wordt een rol gezien in de wijze waarop de invalshoek van een ervaringsdeskundige geborgd kan worden in het klinische (behandel en verpleegkundige) team. Hiervoor kan mogelijk voor enkele uren een appél gedaan worden op ervaringsdeskundige die reeds in dienst zijn van de organisatie.

*Overige disciplines*

Er wordt binnen de HIC Adolescenten gewerkt vanuit de visie dat een klinische opname een intermezzo is binnen een ambulante behandeltraject. De ambulante behandelaar blijft intensief betrokken tijdens de opname en lopende behandelingen worden voortgezet. Ook wanneer een toestandsbeeld specifieke behandelonderdelen tijdelijk onmogelijk maakt (zoals EMDR), wordt ingezet op behouden van het contact vanuit de ambulante behandelaar.

Binnen de HIC Adolescenten vormt stabilisatie het belangrijke opnamedoel en wordt gestreefd naar ontslag naar ambulante behandeling zo snel als dit mogelijk is. Vanuit deze visie zijn er geen individueel behandelaren en/of vak therapeuten betrokken.

Indien er noodzaak is voor verdere somatische zorg wordt gebruik gemaakt van het bestaande voorzieningen. Dit geldt tevens voor de behoefte aan eventuele ondersteuning vanuit geestelijk verzorgers.

## 4. HIC Adolescenten binnen de interne keten van de betrokken organisaties

### 4.1 In- en doorstroom

Voor een HIC is een goede samenwerking met de omliggende ambulante partners onmisbaar om de uitgangsvisie 'klinische opname als intermezzo in een ambulante behandeltraject' tot uiting te brengen. In lijn met de landelijke ontwikkelingen qua behandelvisie wordt alleen nog overgegaan tot een klinische opname wanneer intensieve ambulante hulp ontoereikend is en ook dan wordt gestreefd naar een zo kort mogelijke opname.

De klinische opname vormt daarmee een kortdurend onderdeel binnen een ambulante behandeltraject. Uitgangspunt is dat de ambulante behandeling ook tijdens de klinische opname zo veel als mogelijk wordt voortgezet. De ambulante behandelaar heeft een actieve rol tijdens de klinische opname. Hij/zij blijft verantwoordelijk voor continuering van de reeds geboden ambulante behandeling en is verantwoordelijk voor het realiseren van een passende uitstroom indien terugkeer naar het oude behandelteam niet tot de mogelijkheden behoort. Indien er sprake is van een nog niet ingeschreven cliënt, wordt vanaf moment van opname werk gemaakt van het indiceren van een passend vervolg en het toewijzen van een ambulante team dat zich verantwoordelijk maakt voor de uitstroom. Dat wil zeggen dat vanaf aanmelding binnen 5 werkdagen iemand vanuit het ambulante veld regievoerder wordt na ontslag zodat er een warme overdracht door middel van een ZAG (zorg afstemmings gesprek) kan plaats vinden waardoor de continuïteit geborgd is.

De inhoudelijke werkgroep ziet een belangrijke meerwaarde in de rol van een IHT (intensive home treatment) team als tussenstap in het op en afschalen van zorgintensiteit teneinde een klinische opname te kunnen verkorten of voorkomen. De beperkte inzetbaarheid in tijd (maximale duur van gemiddeld zes weken) vormt een mogelijk knelpunt om continuïteit van zorg te kunnen borgen wanneer het IHT team als enige uitstroom is verbonden aan de client. Spoedige aanmelding en betrokkenheid van een ambulante team die ook op langere termijn de zorg aan de client kan bieden blijft hierbij van belang. De werkgroep ziet een belangrijke taak in het verder in kaart brengen van de verschillende beschikbaarheid van de IHT capaciteit in de organisaties en het verder implementeren van een goede samenwerking in het op- en afschalen van zorg. Nadere analyse van de mogelijkheden en knelpunten van de inzet van IHT binnen de beide organisaties is van belang in de doorontwikkeling van de HIC adolescenten.



#### 4.1.1 Noodzakelijke randvoorwaarden

Zoals reeds betoogd, is voor een goed functionerende HIC kliniek is een goede samenwerking met het ambulante veld onmisbaar. Om hoogwaardige klinische zorg met een goede in- en doorstroom naar het ambulante veld te realiseren zijn de volgende randvoorwaarden noodzakelijk:

- (1) Binnen de HIC Adolescenten zijn de benodigde voorzieningen aanwezig die de betrokkenheid van ambulante behandelaren, ketenpartners en het (gezins)systeem mogelijk maken. Er zijn voldoende voorzieningen beschikbaar om via (beeld)bellen contact te houden met de betrokkenen en er zijn voldoende fysieke ruimtes die ingezet kunnen worden voor de cliënt zijn behandelaar om behandelcontacten voort te zetten.
- (2) Er zijn duidelijke afspraken rondom opname en doorstroomcriteria en hiervoor is draagvlak binnen het ambulante veld van de betrokken organisaties. Er is goede samenwerking met zowel de IHT teams, de FACT teams als de ambulante teams.
- (3) Binnen het ambulante veld wordt de visie gedeeld dat continuïteit van zorg binnen de klinische opname van belang is om de beste zorg te bieden. Er is poliklinisch flexibiliteit ingericht om wekelijks deel te nemen aan een ZAG (zorg afstemmings gesprek) en er is ruimte om zorg te prioriteren (concreet schuiven of verplaatsen van afspraken) indien de zorg van een opgenomen patiënt hier om vraagt.
- (4) Opnames op de HIC worden doorgaans gekenmerkt door complexe problematiek. Niet zelden gaat dit gepaard met een complexe zorgvraag die voor diverse vraagstukken zorgt bij ambulante teams. Deze dynamiek is van grote invloed op de doorstroom vanuit de kliniek naar het ambulante veld en hierbij kunnen knelpunten worden verwacht. Een duidelijke infrastructuur binnen de organisatie waarin het mandaat ligt om de doorstroom van de kliniek te forceren wanneer onderlinge communicatie tussen kliniek en ambulant stagneert, is hierbij noodzakelijk om te voorkomen dat opnames in een HIC kliniek stagneren. Geborgde doorstroom richting de ambulante teams is een harde randvoorwaarde voor veilige zorg.

Specifiek aandacht is nodig voor het dragen van autonomie bevorderend beleid bij de complexe chronisch suïcidale doelgroep bij wie opname soms onontkoombaar is, maar tevens contra-productief. Draagvlak voor hoog-risicovol ontslag kan noodzakelijk zijn om regressie bij de cliënt en stagnatie in de uitstroom te couperen. Hierbij wordt bedoeld op het benodigde draagvlak binnen de organisatie als geheel, en specifiek binnen de medisch psychiatrisch verantwoordelijke lijn.

#### 4.3 Opname op verzoek van een ketenpartner (gastplaatsing)

De HIC Adolescenten biedt ruimte voor klinische plaatsing van cliënten van externe GGZ ketenpartners. klinische plaatsing van hun cliënt. Vanzelfsprekend gelden hiervoor de zelfde opname en exclusie criteria.

## 5. Werkwijze HIC Adolescenten

### 5.1 Uitgangspunten bejegening en therapeutisch milieu

Op de HIC Adolescenten wordt aangesloten bij de uitgangspunten van het landelijk HIC model waarin sprake is van een integratie tussen het *medisch model* en het *herstelgericht werken*. Vanuit de specifiek doelgroep wordt daaraan een *ontwikkelingsgerichte en systeemgerichte visie* toegevoegd. Dit vertaalt zich in de concrete uitgangspunten te noemen (naar Van Mierlo, Bovenberg, Voskes & Mulder, 2013):

- investeren in contact (zoals naar voren komt in 'de eerste vijf-minuten' methode)
- een gastvrije bejegening en attitude (de presentie benadering)
- het betrekken van naasten
- een herstel bevorderend behandelklimaat
- een supportief therapeutisch milieu. Dit vertaalt zich onder meer in een vaste structurering van tijd en ruimte, aanwezigheid op de groep, een flexibele en onderhandelende samenwerking met de cliënt, een proactieve houding, aandacht voor het vergroten van de eigen regie van de cliënt, waar nodig de regie en zorg overnemen en aandacht voor de medicamenteuze behandeling.

Het trainen en begeleiden van het team bij de groei naar een professioneel expertiseteam dat zich verhoudt tot bovenstaande uitgangspunten vormt een continue proces. Met name in de opstart fase dient extra aandacht te zijn voor het begeleiden van het gehele team (behandelstaf en personeel) om met elkaar tot de benodigde stabiele basis te komen. Hierbij worden de volgende factoren van belang geacht

- de mogelijkheid om nieuw personeel te laten inwerken binnen het bestaande en ervaren HIC jongerenteam zodat zij bekend raken met de uitgangspunten van de HIC.
- investeren in de opbouw van een nieuw team waarin aandacht voor de onderlinge samenwerking in een open teamcultuur waarin men in staat is elkaar aan te spreken, op elkaar te vertrouwen en te ondersteunen. De voorkeur van de inhoudelijke werkgroep is om team Adolescenten in de opstartfase hierin te laten ondersteunen door een intervisor.
- aanvullend scholingsaanbod als groep beschikbaar stellen aan het team HIC Adolescenten. Hierbij kan gedacht worden aan de implementatie van de methode Geweldloos Verzet (Geweldloos Verzet gaat over de interventies, je letterlijk geweldloos verzetten tegen negatief en destructief gedrag. Leidend is het besef dat we geen controle hebben op het gedrag van de ander. We hebben enkel controle over ons eigen gedrag en wat welke interventies wij kunnen inzetten, bron; website [www.geweldloos-verzet.nl](http://www.geweldloos-verzet.nl)).

## 5.2 Het primair proces

### 5.2.1 Het ZAG gesprek

Vanaf het moment van opname zijn zowel de doelen van de opname, als de afspraken over de uitstroom, duidelijk voor zowel het klinisch behandelteam, de betrokken ambulante behandelaren, de cliënt als het betrokken systeem. De verwachtingen omtrent de opname in de kliniek staan, mede in relatie tot de ambulante behandeling, staan centraal tijdens het eerste ZAG waarbij alle betrokken (eventueel digitaal) aanwezig zijn. Zowel de opnamedoelen als de uitstroomdoelen zijn beschreven in het (klinische) behandelplan. Tot aan ontslag wordt er wekelijks een ZAG gesprek georganiseerd. Ook aan het ontslag gaat een ZAG gesprek vooraf waardoor een warme overdracht naar het ambulante veld geborgd is.

### 5.2.2 De persoonlijk begeleider

Bij opname krijgt iedere cliënt twee mentoren toegewezen. De mentoren hebben als primaire taak dat zij het aanspreekpunt vormen voor de cliënt gedurende de opname. De mentoren staan binnen het verpleegkundig team het meeste nabij bij de cliënt waar het gaat om het begeleiden bij het bereiken van de behandeldoelen. In de mentorgesprekken is aandacht voor het narratief van de opname (waarom ben je hier? Hoe kan je een nieuwe opname voorkomen? Wat is nodig voor ontslag?). De mentoren bieden ondersteuning bij het maken van het signalerings- en crisisplan en in het bijzonder is aandacht voor het in kaart brengen van het netwerk (waarmee zowel het gezin als eventuele partners/ belangrijke vrienden of andere steunbronnen wordt bedoeld). De mentoren nemen een coördinerende rol op zich in de contacten met het netwerk van de cliënt, zij zijn het aanspreekpunt voor de ouders/ partners en nemen deel aan oudergesprekken.

### 5.2.3 Multidisciplinaire samenwerking

Elke cliënt wordt *dagelijks* multidisciplinair gesproken (door mentor en behandelaren) waarin wordt stilgestaan bij de behandeldoelen die voor opname zijn gesteld. In dit overleg is daarnaast aandacht voor de risicotaxatie van gedrag, zoals het risico op geweld en het risico op suicide.

Het multidisciplinaire team (verpleegkundigen/ agogen en behandelstaf) komen *wekelijks* bijeen in een cliënt overstijgend overleg waarin aandacht is voor de collegiale samenwerking en afstemming met elkaar, de wijze waarop uiting wordt gegeven aan het behandelmilieu en er is ruimte om stil te staan bij situaties die zijn ontstaan rondom een cliënt, diens systeem of in de onderlinge relaties in het team.

*Maandelijks* is er een overleg moment waarin organisatorische zaken worden besproken zowel binnen het team als binnen de organisatie. De frequentie van dit overleg kan mogelijk in de opstartfase van het team vergroot worden om zo een goede voorziening van informatie te borgen.

Indien er sprake is van een buitengewoon incident (zoals een agressie incident vanuit een cliënt of een ernstige poging suïcide) is er ruimte voor extra teamoverleg, conform de protocollen zoals deze staan beschreven binnen de betrokken organisaties.

#### 5.2.4 Intervisie

Het werken binnen een HIC omgeving doet een groot appél op de stabiliteit van het aanwezige team. Om dagelijks holding en richting te geven aan de dynamieken die voort kunnen vloeien uit de psychiatrische crisissen is het noodzakelijk dat er zowel op individueel als op teamniveau aandacht is voor een gezonde professionele attitude.

### 5.3 Dagstructuur

Binnen de HIC adolescenten wordt gewerkt vanuit een herstel ondersteunende visie waarin aandacht is voor herstel van een gezond dagritme en herstel van de maatschappelijke rollen. Belangrijk uitgangspunt is dat het normale leven van de cliënt zowel als mogelijk wordt betrokken en (wanneer mogelijk weer) wordt opgepakt. Uitgangspunt is dat, waar mogelijk en passend, hobby's/schoolgang/ arbeid vanuit de thuissituatie (in een aangepaste vorm) worden gecontinueerd. Hiermee wordt een brug gehouden tussen de HIC opname en het dagelijks leven en wordt een bijdrage geleverd aan het herstel van het sociaal maatschappelijk functioneren

Op de HIC Adolescenten wordt gewerkt met een vaste dagstructuur. Cliënten worden uitgenodigd om gezamenlijk deel te nemen aan het ontbijt, lunch en avondeten. Buiten deze tijdstippen heeft de cliënt gelegenheid om alsnog te ontbijten of lunchen, maar wordt hiervoor niet opnieuw de tafel gedekt. Op de HIC Adolescenten wordt het avondeten door de aanwezige cliëntgroep in een roulerend schema verzorgd.

Tijdens de opname vormen de voortzetting van de ambulante behandeling tezamen met de afspraken die worden gemaakt in het kader van de klinische behandeling (een mentorgesprek, een gesprek met een behandelaar, een oudergesprek) de overige bouwstenen waarmee de dagen vorm krijgen. Continuïteit van de ambulante behandelafspraken dienen voorrang te krijgen in het dagprogramma van de cliënt. Vanuit de HIC visie, waarin gestreefd wordt naar een zo kort als mogelijke klinische opname, vormt het oefenen met vrijheden buiten de kliniek een belangrijk onderdeel van de behandeldoelen. Vertrouwen opdoen buiten de kliniek en thuis zijn belangrijke onderdelen van een opname om de crisis de bezweren. Gaandeweg dient zicht te worden verkregen op welke manieren gebruik gemaakt kan gaan worden van de beschikbare faciliteiten op het terrein van Voorburg (zoals een sportaccommodatie) zodat deze kennis kan worden meegenomen in het voorzien van een goede dagstructuur op de afdeling.

### 5.3 Systemisch werken

Binnen de HIC Adolescenten vormt systeemgericht werken de basis van de behandelvisie. Tijdens de gehele opname staat de verbinding tussen de cliënt met het systeem centraal. Het systeem wordt vanaf de start tot aan ontslag betrokken bij de opname en het formuleren en behalen van de opname doelen. Bezoeken aan de cliënt worden ruim gefaciliteerd en op indicatie begeleid door personeel, bijvoorbeeld wanneer er doelen liggen op het gebied van de onderlinge interactie.

De HIC Adolescenten biedt ook de mogelijkheid tot *rooming-in* van een van de ouders. Dit kunnen bijvoorbeeld dagdelen betreffen waarin een van beide ouders aanwezig is en samen iets met zoon/dochter onderneemt waarbij een social worker coachend aanwezig is

### 5.4 Herstel ondersteunende zorg

Zoals beschreven vormt de herstel ondersteunende visie een basis binnen het HIC werken. Deze visie is mede geborgd in de beide betrokken organisaties en verweven in de wijze van werken in alle teams. Om herstel te kunnen realiseren vinden begeleiding en behandeling zoveel mogelijk vanuit en aansluitend op de maatschappelijke context van de patiënt plaats. Zo worden bestaande sociale rollen behouden en bestaande participatie bevorderd. De patiënt wordt zo in staat gesteld de regie over zijn leven te hervinden en aan de samenleving deel te nemen.

Binnen de HIC Adolescenten komt de herstelgerichte visie naar voren in de manier waarop cliënten en medewerkers met elkaar samenwerken. De medewerker is terughoudend met zijn eigen professionele kader maar sluit aan bij het verhaal van de cliënt en staat naast de cliënt.

Tijdens de opname op de HIC wordt een signaleringsplan gemaakt (of een bestaand signaleringsplan verder verfijnd) in samenwerking met de cliënt en zijn naasten. Er is ruime aandacht voor het geven van psycho educatie aan cliënt en naasten. Opnamedoelen zijn herstelgericht geformuleerd; er is aandacht voor afname van de symptomen maar ook voor acceptatie van de problematiek en de impact hiervan op de maatschappelijke rollen.

### 5.5. Inzet middelen en maatregelen

Het voorkomen van de inzet van (verdere) middelen en maatregelen vormt een belangrijke doel tijdens opname op de HIC Adolescenten. Vanuit het team ligt een sterke focus op de bejegeningwijze (zoals inzet van de methode geweldloos verzet, mogelijk tot opschalen van zorg), is aandacht voor het coachen van het team bij het omgaan met crisogene en risicovolle situaties en is aandacht voor gebruik van methodieken als een signaleringsplan en veiligheidsplan.

Echter kan op sommige momenten de inzet van een dwang en drangmaatregel noodzakelijk zijn. Binnen de HIC Adolescenten is er de beschikking over een Intensive care unit (IC). 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. De IC bestaat uit een prikkelarme ruimte waarin gelegenheid is voor verblijf, slapen en persoonlijke verzorging. Doel is onder

meer om de inzet van dwang en drang maatregelen te voorkomen. Op de IC wordt de cliënt één-op-één begeleid en is er (indien gewenst) de mogelijkheid voor begeleiding op afstand doordat er camera toezicht aanwezig is. De ICU betreft een *niet-afgesloten kamer* en over het gebruik hiervan dient overeenstemming te zijn tussen cliënt en behandelteam.

De HIC Adolescenten van Reinier van Arkel en GGZ Oost Brabant heeft geen eigen Extra Beveiligde Kamer (EBK) ter beschikking wegens de mogelijkheden binnen de bestaande bebouwing. De HIC volwassenen en HIC Jongeren bevinden zich in de directe omgeving welke wel voorzien zijn van EBK's. Bij de HIC Jongeren is de ervaring dat deze echter niet tot nauwelijks gebruikt wordt.

## 5.6 Medicamenteuze ondersteuning

Medicamenteuze ondersteuning is onderdeel van de behandeling, maar HIC Adolescenten hanteert hierin een terughoudend standpunt waarin alternatieve interventies mede overwogen en betrokken worden. Indien medicatie noodzakelijk wordt geacht zal deze zo veel als mogelijk in overleg met de ambulante psychiater gestart en gewijzigd worden. Gezien de korte tijdsduur van opname dient overwogen te worden of er wijzigingen/aanpassingen in het medicamenteuze beleid gemaakt moeten worden.

## 5.7 Non-medicamenteuze ondersteuning

Het HIC concept is erop ingericht om regie/vertrouwen te herwinnen. De werkgroep is van mening dat niet-medicamenteuze ondersteuning hier een evidente bijdrage aan levert. Het inzicht geven in de ontstaanswijze (en veranderbaarheid/perspectieven) van de problematiek, het begeleiden van relatie herstel en het stimuleren van controle (signaleringsplan, emotieregulatie) vormen belangrijke onderdelen.

## 5.8 Innovatie

De werkwijze op een HIC is dynamisch en onderhevig aan nieuwe ervaringen en inzichten. Werkzame elementen van een HIC (Jongeren/ Adolescenten) zijn voornamelijk experience based/expert opinion welke in de toekomst wetenschappelijk onderbouwd zouden kunnen worden. Binnen de HIC Adolescenten worden verschillende mogelijkheden gezien om de zorg aan deze doelgroep verder te verbeteren en te verfijnen.

## 7. HIC Adolescenten als lerende organisatie

Zoals reeds beschreven is het initiatief om een HIC omgeving te realiseren specifiek voor de doelgroep Adolescenten landelijk onontgonnen terrein. Naar verwachting zal de HIC Adolescentendoelgroep zowel overlap kennen met de uitgangsvisie voor de HIC Jongeren, maar ook de HIC volwassenzorg. Waar de specifieke nuances komen te liggen kan op dit moment alleen theoretisch worden beschreven.

De inhoudelijke werkgroep heeft ten aanzien van verschillende punten (zoals de opnamecriteria en opnameduur) een voorlopig advies beschreven. Nadere analyse van de doelgroep die zal worden opgenomen is belangrijk om uiteindelijk tot een beter onderbouwende argumentatie te kunnen komen. Het in kaart brengen van zowel belangrijke cliënt kenmerken (leeftijd, opnamedoel, opnameduur) als kenmerken van de opname an sich (beloop in en uitstroom in de organisatie) is hierbij van belang.

In de opstartfase instellen van een PDCA cyclus op de volgende onderwerpen

- Aandacht voor de opbouw van het team en de uitvoer van de primaire processen van belang om tot een solide basis te komen voor de specialistische zorg die geboden wordt in een HIC omgeving. Toetsing aan de HIC Jongeren en/of HIC Volwassenmonitor.
- Opbouwen van netwerk aan ambulante partners voor borging in en uitstroom; al werkende weg vormgeven en monitoren.

## Literatuurlijst

Amelvoort van, T. (2013) Transitiepsychiatrie: bridging the gap. Oratie.

Bom, H. & Wiebenga, E. (2020). Met een passende attitude wordt een interventie pas waardevol. Over het palet van attitudes bij verbindend gezag en gewelddoos verzet. <https://www.tijdschriftvoorpsychotherapie.nl/archief/jaargang-2020-uitgave-4/11680/>

Couwenbergh CPG, Weeghel van J. (2020). Voorkomen van stagnatie van herstel en chronische problemen bij patiënten in de GGZ; een veldraadpleging onder Nederlandse experts. Tijdschrift voor Psychiatrie, 62, 18-26.

Dawson, D. L., & MacMillan, H. L. (2013). Relationship Management Of The Borderline Patient. Taylor & Francis.

Dumontheil, I. (2016). Adolescent brain development. Current Opinion in Behavioral Sciences, 10, 39–44. <https://doi.org/10.1016/j.cobeha.2016.04.012>

Erkelens PA, Herpers PCM, Steenmeijer J, de Vos-van Delft NC, Waas J, Witte C. (2017). High & Intensive Care voor Jongeren (HIC-J) visie en ervaringsdocument. Expertisenetwerk Kinder- en Jeugdpsychiatrie. <https://projectzorg.com/wp-content/uploads/2019/11/HIC-J-Visiedocument-.pdf>

GGZ Nederland. (2010, maart). Intensive Care in de GGZ; op weg naar veldnormen. <http://hic-psy.nl/wp-content/uploads/2012/09/Intensive-Care-in-de-GGz-Op-weg-naar-veldnormen-GGZ-Nederland-2010-.pdf>

Herpers, P. & Velthuisen, M. van (2020). Intensief behandelcentrum jeugd. Visie- en methodiekbeschrijving IHT Jeugd & HIC Jeugd. Enschede: Ipskamps Printing.

Hicks, S., Jakob, P. & Kustner, C. (2020). Het steunend gezinsnetwerk betrekken bij de systeembenadering Gewelddoos verzet: de ervaringen van helpers. Gezinstherapie Wereldwijd, 31, 416-434.

Mierlo, T., & Bovenberg, F. (2013). Werkboek HIC (1ste editie). Amsterdam University Press.

Miller, W. R., & Rollnick, S. (2012). Motivational Interviewing: Helping People Change, 3rd Edition (Applications of Motivational Interviewing) (3rd editie). The Guilford Press.

Pelzer ACM, van den Bogaard MRJ. (2021). Wat kan een High & Intensive care-Jongeren betekenen om crises in deze tijden het hoofd te bieden? Een kijkje in de keuken. (aangeboden).

Scheepers, F. (2021). Mensen zijn ingewikkeld. Een pleidooi voor acceptatie van de werkelijkheid en het loslaten van modellen. Amsterdam: De Arbeiderspers.

Shazer, D. S., & Dolan, Y. (2008). Oplossingsgerichte therapie in de praktijk (1ste editie). Hogrefe.

Tadros, E. (2020). De Theory of Change van Tadros: een geïntegreerd model van structurele,



narratieve en oplossingsgerichte benaderingen. *Gezinstherapie Wereldwijd*, 31, 262-280.

Voskes, Y. & Mierlo, T. van (2020). HIC (High & Intensive Care). In N. Mulder, J. van Weeghel, P. Delespaul, F. Bovenberg, B. Berkvens, E. Leeman, H. Kroon, T. van Mierlo & G. Kienhorst (red.) *Netwerkpsychiatrie. Samenwerken aan herstel en gezondheid* (pp. 351-365). Amsterdam: Boom/De Tijdstroom.

White, M. (2008). *Narratieve therapie in de praktijk* (1ste editie). Hogrefe.