HIC-J: HULP BIJ ACUTE PSYCHIATRISCHE NOOD

EEN KIJKJE OP DE HIGH & INTENSIVE CARE JEUGD

Een High Intensive Care Jeugd (HIC-J) biedt psychiatrische zorg aan jongeren in crisissituaties. Lees hoe zo'n opname in zijn werk gaat aan de hand van het verhaal van de zestienjarige Emma. 'Toen ik veel eigen regie kreeg, voelde ik me eerst een beetje in de zeik genomen.'

ANNE PELZER EN MICHEL VAN DEN BOGAARD

Tijdens de tweede coronagolf steeg het aantal crisisaanmeldingen bij de specialistische jeugd-GGZ spectaculair; in sommige regio's met zelfs zestig procent. Crisisplaatsen ver buiten de regio waren vaak de enige oplossing. Het leidde tot veel verontwaardiging en in de Tweede Kamer werd begin dit jaar zelfs een motie aangenomen voor meer crisisplaatsen: "In deze tijd, waarin zorgwekkend veel mensen kampen met psychische problemen, kan een crisisplek op de ggz net zo levensreddend zijn als een bed op de IC", aldus GroenLinks-leider Jesse Klaver, die de motie indiende. Maar wat houdt een crisisopname in? Wanneer is zo'n opname aan de orde, hoe krijgt die invulling en wat kan een High Intensive Care Jongen (HIC-J) daarbij betekenen? Aan de hand van het verhaal van Emma en haar ouders, die letterlijk en figuurlijk van ver komen, geven wij een kijkje in de keuken van een HIC-J.

Een van de uitgangspunten van het HIC-model (box 1) is *matched cure*: de behandeling zo kort en licht als mogelijk houden, en zo zwaar als nodig. Het is dus niet de laatste schakel in de keten, zoals in het verleden het geval was bij *stepped cure*. Integendeel: het is mogelijk om eerder tot opname over te gaan, bijvoorbeeld als het gevaar (nog) niet afgewend of behandeld kan worden, of als het te groot is. Opname biedt patiënten, naasten en zorgverleners de kans in te grijp-

pen om erger te voorkomen. Een ander uitgangspunt is *personalised cure*: zorg op maat. Een crisis werkt meestal overspoelend voor patiënten en naasten. Een van de doelen van opname is overzicht creëren, waarbij gekeken wordt welke facetten voor deze persoon prioriteit hebben. Dit draagt bij aan het hervinden van eigen regie. Lag het accent bij crisisopnames in het verleden op klinisch herstel (gericht op het opheffen, verminderen of draaglijker maken van de symptomen

EMMA IS EERST WOEDEND. ZE DWINGT MET GEWELD SEPARATIE AF

van de psychiatrische stoornissen), tegenwoordig zijn daar andere vormen bij gekomen. Het gaat om zogeheten *herstelondersteunende zorg*, gericht op het helpen zoeken naar antwoorden op levensvragen in bredere zin (Couwenbergh & Van Weeghel, 2020; Scheepers, 2021; Widdershoven e.a., 2021). Denk daarbij aan:

- persoonlijk herstel: helpt patiënten (her)ontdekken wie zij zijn, wat ze belangrijk vinden en wat ze willen;

Box 1: Het HIC-model

Vanuit de wens en noodzaak om drang- en dwangtoepassingen terug te dringen bij de behandeling van (opgenomen) psychiatrische patiënten, werden in 2010 in opdracht van GGZ Nederland zogeheten veldnormen opgesteld (GGZ Nederland, 2010). Hierop volgend werd in 2013 het High en Intensive Care (HIC)-model geïntroduceerd (Mierlo & Bovenberg, 2013; Voskes & Van Mierlo, 2020). Dit model gaat uit van herstelondersteunende zorg (HOZ), waarbij de patiënt ondersteund wordt door tijdig in de (dreigende) crisis in te grijpen en diens eigen regie centraal staat. De kracht van het model is dat er op- en afschaalmogelijkheden zijn, al naar gelang de intensiteit van de zorgvraag. Zo kan zorg op maat geleverd worden. Door laag-drempelig aandacht en nabijheid te kunnen bieden, stijgt de kwaliteit van zorg en als gevolg daarvan dalen de drang- en dwanginterventies, 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; Scheepers, 2021).

- functioneel herstel: gaat over het herpakken van het dagelijks leven;
- maatschappelijk herstel: richt zich op het invulling geven aan het maatschappelijk leven, bijvoorbeeld met school, (vrijwilligers)werk of een andere vorm van participatie.

Dergelijk herstel in bredere zin biedt meer aangrijpingspunten dan de meer traditionele nadruk op symptoomreductie. Patiënten en naasten moeten het zelf doen, maar hoeven het niet alleen te doen. Er wordt rekening gehouden met hun behoeften, wensen, mogelijkheden en beperkingen. Vanuit deze gedachtegang hecht het HIC-model ook groot belang aan het contact met naasten. Zij worden van A tot Z betrokken bij het hele proces. (Herpers & Van Velthuisen, 2020; Voskes & Van Mierlo, 2020). Als het nodig is, kan meer hulp worden geboden, tot zelfs een-op-een-zorg, juist om dwang te voorkomen. Aanvullende diagnostiek of behandeling is in sommige situaties noodzakelijk om de neerwaartse spiraal te doorbreken. In de volwassenenzorg is het HIC-model de standaard aan het worden (Herpers & Van Velthuisen, 2020; Voskes & Van Mierlo, 2020; www.hic-psy.nl). Daarbij wordt gestreefd naar een opnameduur van maximaal drie weken.

COULEUR LOCALE

De HIC-methodiek is in onze optiek een raamwerk waarbinnen visie en therapeutische interventies verder ontwikkeld dienen te worden. Elke HIC in Nederland heeft dan ook een 'couleur locale'. Onze HIC-J, Herlaarhof in Vught, is herkenbaar aan zijn autonomie- en herstelbevorderend beleid in combinatie met geweldloos verzet (Van Schaik & Pelzer, in bewerking; vgl. Bom & Wiebenga, 2020). Autonomie- en herstel-

bevorderend werken zijn in onze optiek grondbeginselen voor het creëren van samenwerking. De visie en werkwijze gaan uit van eigenaarschap van de jongere over zijn hersteltraject. Jongeren behouden, ook op een gesloten afdeling, (mede)zeggenschap en vrijheid. 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. Uit ervaring blijkt dat deze werkwijze een prettige sfeer op de afdeling oplevert en bijdraagt aan een vruchtbare werkrelatie tussen jongeren, ouders en hulpverleners. Kernelementen van het autonomiebevorderende beleid zijn aansluiten bij wat jeugdigen en ouders belangrijk vinden, van daaruit (opnieuw leren) verantwoordelijkheid nemen, het (ver)dragen van de gevolgen van keuzes (zowel positief als negatief) en het lerende effect van deze ervaringen voor patiënten en ouders.

Andere methodieken die onze HIC-J typeren zijn afkomstig uit de narratieve therapie. Het narratief (verhaal) vormt de basis om de klachten uit het heden te relateren aan het verleden, waardoor ze in een perspectief geplaatst kunnen worden. Deze werkwijze draagt eraan bij de oorsprong van de klachten te onderkennen en te behandelen (Tadros, 2020; Scheepers, 2021). De oplossingsgerichte therapie (Tadros, 2020; Scheepers, 2021) sluit hierbij aan en loopt als rode draad door de opname, zowel op individueel als systemisch vlak. Er wordt gedacht in oplossingen en niet in problemen.

Bij de ondersteuning van jongeren wordt dikwijls motiverende gespreksvoering gebruikt om hen te helpen om te gaan met de ambivalentie die veranderingen teweegbrengen (Miller & Rollnick, 2012). *Relationship management* (Dawson & MacMillan, 2013) is een attitude die uitgaat van wederzijdse verantwoordelijkheden tussen hulpverlener en patiënt. De ervaring leert dat wijzen op verantwoordelijkheden en het kaderen van ongewenst gedrag bijdragen aan een veilig en voorspelbaar afdelingsklimaat. Zie box 2.

HET VERHAAL VAN EMMA

Hoe dat uitpakt in de praktijk laat de casus van de nu zestienjarige Emma zien. Emma komt laat in de avond, van ver buiten de regio, aan op onze afdeling. Ze verzet zich hevig door personeel fysiek aan te vallen. De separeerruimte blijkt ze als de veiligste plek te ervaren. Sterker nog, met een beroep op haar ouders en verwijzers, die allemaal het belang van separatie onderstrepen, forceert Emma min of meer met fysiek geweld haar eigen afzondering.

Emma is gediagnosticeerd met anorexia nervosa, een borderline persoonlijkheidsstoornis, een post-traumatische stressstoornis en een stemmingsstoornis. Jarenlang gaat ze van de ene naar de andere specialistische jeugd-GGZ-instelling. Het tekent de vruchteloze zoektocht naar passende zorg. Intussen gaat het alleen maar slechter met haar. Dit uit zich in automutilatie, suïcidaal gedrag, voedselweigering en strijd met haar ouders en hulpverleners. In de weken voordat zij op

onze HIC-J belandt, gaat ze zelfs hard achteruit, met navenant meer gedwongen en gesloten zorg, inclusief separatie. Alle inspanningen ten spijt lukt het niet de negatieve spiraal om te buigen en uitputting te voorkomen. De covid-19-pandemie, die een zware wissel trekt op de behandelafdeling waar zij is opgenomen, verergert de situatie. Om haar behandelaars te ontlasten en tot een second opinion te komen, wordt Emma op onze HIC-J opgenomen. Het roept woede en verzet bij haar op. Waarom zou het nu wel lukken? Zij wil enkel weg en dood.

Vijf jaar geleden zou Emma met het beleid gericht op beheersing vermoedelijk zijn gesepareerd. Het bewerkstelligen van (fysieke) veiligheid had waarschijnlijk de doorslag gegeven. In de huidige visie en werkwijze ligt het accent op het creëren van relationele veiligheid. Contact maken en een therapeutische werkrelatie met een cliënt opbouwen zijn namelijk voorwaarden voor herstel. Maar soms is het nodig om, zoals de *Wet Verplichte GGZ* het noemt, ‘ernstig nadeel voor zichzelf en/of anderen te voorkomen’. Dat geldt ook voor Emma. Zo herhaalt het patroon zich. De medewerkers van de HIC-J vragen zich af wat Emma en haar ouders kan helpen het destructieve patroon te doorbreken. Emma’s ouders beschouwen de situatie als gevaarlijk. “Als Emma niet gesepareerd wordt, pleegt zij zelfmoord!” roepen zij wanhopig. Hulpverleners kunnen in deze dynamiek ingezogen raken en probleemhouder worden. Maar ze kunnen er ook door geremd worden of zelfs lamgeslagen raken. Anderzijds kan een crisis een positief omslagpunt vormen, omdat de lijdensdruk hoog en motivatie voor verandering groot zijn.

De ochtend na haar aankomst heeft Emma een gesprek met de psychiater. Die confronteert haar empathisch door stil te staan bij de ontstaansgeschiedenis van het patroon en dit te interpreteren als overlevingsstrategie. Ze spreekt Emma aan op haar gezonde verstand en sterke kanten en houdt haar een spiegel voor over de effecten en nadelen voor zichzelf en anderen. Samen staan ze stil bij de risico’s van overplaatsing naar Jeugdzorgplus of overlijden. Ook

ALS EMMA DE OPTIES OVERZIET, Kiest ze TOCH VOOR SAMENWERKEN

bespreken ze de keuze tussen strijd of samenwerken en uitzoeken of en zo ja welke andere uitwegen er zijn, inclusief het Expertisecentrum Euthanasie. Het raakt Emma, omdat zij het gevoel heeft eindelijk als mens te worden gezien. In de bedenktijd die Emma krijgt, kiest ze in overleg met haar ouders voor de optie van samenwerken. Dit spreekt haar meer aan dan de andere opties en ze wil het laatste restje controle niet verliezen. Zij krijgt een eigen kamer; vrijheidsbeperkende maatregelen zijn niet nodig.

Box 3: Kernwaarden

De HIC-J gaat uit van de volgende kernwaarden:

- Gastvrij
- Een veilig klimaat voor patiënten en medewerkers
- De-escaleren
- Autonomie- en herstelbevordering
- Het gezin en naasten betrekken
- Tegemoetkomen aan het biomedische model

ESCAPEROOM

In een gesprek met haar behandelaars vertelt Emma welke druppels de emmer bij haar lieten overlopen. Die emmer zat nagenoeg vol met onder andere trauma’s en het feit dat Emma zich onvoldoende serieus genomen voelde. Daar kwam het bericht bovenop dat zij na negatieve ervaringen met eerdere traumabehandeling en een nieuw onderzoek niet in aanmerking bleek te komen voor traumabehandeling. Onder de nieuwe omstandigheden, in onze HIC-J, kan dit wel.

Het is begrijpelijk dat Emma zich angstig, somber, verdrietig en wanhopig voelt; een normale reactie op een abnormale situatie. Erkenning daarvan geeft haar enige lucht. Hetzelfde geldt voor het gezamenlijke onderzoek naar de betekenis van deze gevoelens voor Emma. Dat biedt een ingang om in gesprek te gaan over wat er voor Emma echt toe doet.

Bij het opstellen van het behandelplan maken de hulpverleners samen met Emma de analogie met een escaperoom: ontsnappen aan het voor Emma destructieve GGZ-traject. Als grote uitzondering op de regel, omdat er geen passende alternatieven zijn, wordt de HIC-J-opname verlengd tot maanden, inclusief een second opinion en therapieën. Het wordt vastgelegd in een behandelplan dat ook Emma ondertekent. Ze geeft hiermee aan dat ze actief en constructief zal meewerken aan het behalen van de doelen en gaat akkoord met een ‘non-suicide-afspraken’ voor de duur van het klinische traject. Ertegenover staan bepaalde vrijheden die tegenwicht moeten bieden aan de schadelijke neveneffecten van een langer durende opname.

Het autonomiebevorderende beleid van de HIC-J draagt eraan bij dat Emma sneller weer naar school kan; iets wat ze zelf erg graag wil. In het verleden had het waarschijnlijk weken, zo niet maanden geduurd voordat zij deze stap had kunnen zetten. Emma had moeten bewijzen dat zij zich aan de afspraken kon houden en de verantwoordelijkheden en vrijheden aankon. Aansluitend bij haar wens om school te hervatten, stroomt zij bij het begin van het nieuwe schooljaar succesvol in. Het is een voorbeeld van de manier waarop ‘mede-eigenaarschap’ wordt gestimuleerd.

Door met alle betrokken hulpverleners, ouders en Emma de situatie opnieuw vanuit verschillende invalshoeken en met aanvullende diagnostiek te bekijken, wordt de diagnostische puzzel compleet gemaakt. Het leidt tot herziening van de diagnose, waarin alle

Box 3: Methodieken

Om de kernwaarden van HIC-J tot uiting te laten komen worden de volgende methodieken ingezet:

- Eerste vijf minuten-methodiek
- Veilig werken
- Geweldloos verzet
- Narratieve therapie
- Oplossingsgerichte therapie
- Motiverende gespreksvoering
- Relationship management
- Psychotherapie, inclusief traumabehandeling
- Systeemtherapie

betrokkenen inclusief Emma zich kunnen vinden, namelijk dat zij een autismespectrumstoornis heeft; in haar geval hoog functionerend autisme, waarvan al vermoedens waren. De anorexiaproblematiek en borderlinedynamiek kunnen op hun beurt begrepen worden als krampachtige pogingen om controle te krijgen. Het zijn labels die een eigen leven zijn gaan leiden.

Het leidt eveneens tot heroverweging van de traumabehandeling. Het advies blijkt namelijk over het psychiatisch toestandsbeeld en de vorige instelling te gaan. De PTSS is nu wél behandelbaar, met de HIC-J als back-up, omdat behandeling tot ernstige terugval kan leiden. De verwachting is dat de stemmingsstoornis en suïcidaliteit verder naar de achtergrond zullen verdwijnen naarmate het traject vordert. Het onderzoek, de psycho-educatie en het advies bieden Emma en haar ouders meer zicht en grip op wat er speelt en meer hoop en geloof in een andere, betere toekomst. Enerzijds willen zij niet op de oude voet verder, anderzijds vinden ze de zoektocht spannend en zijn ze zich ervan bewust dat de klim uit het diepe dal met vallen en opstaan gepaard zal gaan. Zij kiezen voor deze kans, wetende dat ze het zelf, maar niet alleen hoeven te doen.

OPLOSSINGSREPERTOIRE

De hernieuwde diagnostische inzichten vormen de opstap naar het doorbreken van de cirkel van niet-begrijpen en niet begrepen worden, gericht op het veranderen van het patroon van hoogoplopende conflicten, (zelf)destructieve (re)acties en barsten en breuken in het contact. Het oplossingsrepertoire van Emma neemt zienderogen toe. Zij begint meer te delen wat haar bezighoudt, vraagt tijdig om hulp en het lukt haar te reflecteren. Haar ouders groeien erin mee. Het helpt Emma zich veiliger te voelen in relaties. Ook lukt het haar haar zelfbeeld en zelfregulatie te versterken, van slachtoffer naar overlever met de (terug)veerkracht van een tuimelaar. Wat daaraan bijdraagt, is dat ze een beroep doet op haar gezonde verstand, mogelijkheden en succeservaringen, plus haar behoefte aan emotionele nabijheid. Het helpt Emma en haar ouders eveneens om nader tot elkaar te komen en daarin een nieuw evenwicht te zoeken.

Op de afdeling werken therapeutisch werkers vanuit een narratieve (verhalende) zienswijze om tot een verdiepingsslag te komen. Dat Emma – apart en samen met haar ouders – haar genogram en levenslijn schetst, helpt haar om tot keuzes te komen in wat zij nu en later met traumabehandeling zal aanpakken. De intensieve traumabehandeling, onderdeel van integratieve psychotherapie, leidt inderdaad tot terugval. Toch houdt Emma vol, met ondersteuning. Het traject leidt ertoe dat de traumatische ervaringen haar herstel niet meer in de weg staan.

Om de focus te helpen (ver)leggen, is Emma gevraagd een droomscenario te schetsen en haar ouders erbij te betrekken: voor welke doelen willen zij zich met de hulpverleners inspannen? Hetzelfde geldt voor hun doemscenario's: waar willen zij met ondersteuning tegen 'vechten' om zoveel mogelijk te voorkomen? Het geldt eveneens voor een 'goed genoeg'-tussenvariant.

KANTELPUNT: SAMEN DURVEN FANTASEREN OVER EEN BETER LEVEN

Het helpt hen om met elkaar in gesprek te gaan, terwijl zij hun blik op een andere, betere toekomst richten waar ze allen achter kunnen staan en die hen motiveert om door te gaan. De psychiater vertaalt het toekomstbeeld met hen in een plan A, B en C die tijdens het traject als stippen aan de horizon respectievelijk ondergrens fungeren. Gaandeweg komen zij bij een middenweg uit. Ze kiezen daarvoor een beschermde woonvorm dichtbij de familie en vrienden, en een onderwijstraject, ondersteund door de psychiatrie. Het traject wordt in gang gezet en afgestemd op wat zij zelfstandig en met hulp aankunnen. Zie box 3 en 4.

Aansluiten bij wat Emma emotioneel raakt en in woord en gebaar blijven uitstralen dat zij het zelf moet doen, maar niet in haar eentje, sluiten aan bij haar basale psychologische behoeften, zoals autonomie in verbondenheid, competentie en zingeving. Het helpt haar in beweging te komen en te durven fantaseren over meer bevredigende (droom)scenario's en verhalen dan de nachtmerriescenario's en horrorverhalen die zij had. Een kantelpunt is het moment dat Emma hierover met familie, vrienden en hulpverleners in gesprek gaat en samen met hen plannen schetst en uitrolt. Het is de opmaat om het dagelijks leven weer op te pakken, met de blik op de toekomst. Haar ouders groeien erin mee en kijken er hetzelfde op terug.

VERDER MET HET LEVEN

Crisissituaties kunnen in het heetst van de strijd tot een positief omslagpunt leiden. Een crisis gaat gepaard met veel (wils)kracht. Als die kracht goed benut wordt, kan het een negatieve spiraal doorbreken, zo

illustreert het verhaal van Emma en haar ouders. Contact maken, aansluiten, invoegen, deel uitmaken en interveniëren, inzoomend op wat er voor hen – apart en samen – echt toe doet, legt een basis voor een veilige therapeutische werkrelatie. Zo wordt samen met de jongere en ouders een fundament gelegd om op te bouwen, juist door oog en oor voor hun basale behoeften te hebben, de rust te bewaren, transparant en voortvarend op te treden en door om feedback te vragen.

Problemen die aan de crisis ten grondslag liggen, worden in dit kader als gefrustreerde dromen, nachtmerries of zelfs horrorverhalen opgevat, waar meer bevredigende (droom)scenario's of verhalen naast worden gezet (vgl. Janssen, 2020; Radstaak e.a., 2021; Scheepers, 2021). Aansluitend bij hun basale psychologische behoeften van autonomie in verbondenheid, competentie en zingeving, schetsen de betrokkenen toekomstscenario's en zetten deze in gang. Zo vullen narratieve, oplossingsgerichte (doel- en positief gericht) en systeemtherapeutische (in verbinding en blikverruimende) interventies de algemene HIC-J-uitgangspunten aan om tot zorg op maat te komen.

Het accent ligt op herstel in bredere zin (vgl. Radstaal e.a., 2021; Scheepers, 2021; Widdershoven e.a., 2021), en is gericht op (samen) doen wat helpt om overeind te krabbelen en verder met het leven te kunnen. De nadruk ligt dus niet op stoornisspecifieke symptoomreductie (klinisch herstel in engere zin). Dat deze invalshoeken elkaar kunnen versterken, laat de intensieve traumabehandeling bij Emma zien.

Het HIC-J-model betreft dus geen *one size, fits all*-crisismodel van enkele dagen tot enkele weken. De beschikbaarheid van crisisplaatsen, ontlasting van collega's, medicatie-instelling en second opinions behoren bijvoorbeeld tot de extra mogelijkheden (Herpers & Van Velthuisen, 2020; Voskes & Van Mierlo, 2020). Hetzelfde geldt voor boven- en supraregionale trajecten. Het geldt eveneens voor afgebakende behandelvragen als er geen passend alternatief is, bijvoorbeeld intensieve traumabehandeling met een reële kans op terugval, zoals bij Emma.

EMMA LEERT OOK: HET IS OKÉ ALS HET EVEN WAT MINDER GAAT

De opnames duren bij de beschreven afdeling beduidend korter dan vijf jaren geleden, namelijk van drie maanden of langer toen naar enkele dagen tot enkele weken nu. Het autonomie- en herstelbevorderende beleid en de focus op de kerntaak (inclusief de aansturing, beperkte doelstelling en opnameduur) dragen daaraan bij.

Vergeleken met vijf jaar geleden is er veel meer beschikbaarheid en doorstroom, waardoor extra

Box 4: Hoe kijkt Emma terug?

Emma: "De eerste maanden in een instelling had ik altijd weinig tot geen eigen regie. Ik wist niet anders dan dat er constant afwegingen werden gemaakt over mijn veiligheid of behandelmotivatie. Er hing vaak een zieke sfeer. Ik had het idee op te moeten boksen tegen mijn groepsgenoten om hulp te krijgen. Ik had door dat je niet om hulp moest vragen in woorden, maar in gedrag. Het had voor mij geen zin als medewerkers mijn tas gingen controleren, spullen afpakten of strijd voerden over bloed-suikers. Het had een idee van veiligheid, maar het heeft me vooral heel slim gemaakt in het verbergen van mijn gevoel en het omzeilen van protocollen. Toen ik heel veel eigen regie kreeg na de laatste overplaatsing, voelde ik mij in eerste instantie een beetje in de zeik genomen en voelde het als er alleen voor staan. Maar het heeft me uiteindelijk echt heel veel gebracht. Het was weer helder dat ik het zelf kon en dat niemand het voor mij ging doen. En dat het oké is als het even wat minder gaat. Maar dat je dan dus wel blijft nadenken over wat voor keuzes je maakt en of je daar goed aan doet."

mogelijkheden gecreëerd kunnen worden. Het afgelopen jaar zijn er 130 opnames geweest, waarvan 40 procent supraregionaal, dat wil zeggen: crisisopnames van ver(der) weg waarvoor in de eigen regio door de coronapandemie geen plaats was. Het afgelopen jaar zijn er geen dwanginterventies toegepast (separatie, dwangbehandeling en noodmedicatie). De opname is in die periode door de jongeren en ouders positief gewaardeerd, in het bijzonder het samenwerken, het normaliserende en het beroep doen op de gezonde kanten, met een gemiddelde van hoog tot zeer hoog.

Het HIC-J-model is dus een raamwerk dat op maat gemaakt kan worden. Een van de methodieken die dit kader momenteel op de afdeling verder ontwikkeld wordt, is 'verbindend gezag'. Gebruikmakend van de methode 'geweldloos verzet' wordt gewerkt aan het herstel van de (gezags)relatie tussen jeugdigen en hun ouders; een relatie die vaak verstoord blijken te zijn, wat het herstel belemmert. De tweede heeft betrekking op verdieping van narratieve en oplossingsgerichte systeemtherapieën om er nog meer uit te kunnen halen. De derde is de opgedane kennis en ervaringen voor andere onderdelen en instellingen beschikbaar stellen. Het raamwerk van het HIC-J-model krijgt zo een 'couleur locale'. Daar komt bij dat landelijk allerlei ontwikkelingen gaande zijn, waaronder de oprichting van een HIC-J-monitor en een kwaliteitskeurmerk. Ook worden er onderzoeken gedaan naar de werkzame elementen om tot kruisbestuivingen te komen.

Tot slot: niet in alle gevallen kunnen jongeren op de HIC-J terecht. Wanneer de problematiek bijvoorbeeld primair onder een ander specialisme valt, wordt daarnaar verwezen. Denk aan de orthopsychiatrie, verslavingszorg en zorg voor mensen met een verstandelijke beperking. Meestal lukt het van tevoren daarover mee te denken, maar soms blijkt pas tijdens de opname dat er iets anders aan de hand en nodig is. Zo verwijzen wij wel eens naar een van de Bijzondere

zorgafdelingen van Zeer Intensieve en Kortdurende Observatie en Stabilisatie (ZIKOS) van Horizon in Harreveld, die onder Jeugdzorgplus valt en expertise heeft op het gebied van de spoedeisende psychia-

trie. ZIKOS heeft meer juridische mogelijkheden en organisatorische randvoorwaarden om bij aanhoudend geweld en verzet succesvol patronen te helpen veranderen.

LITERATUUR

- > Bom, H., & Wiebenga, E. (2020). Met een passende attitude wordt een interventie pas waardevol. Over het palet van attitudes bij verbindend gezag en geweldloos verzet. *Tijdschrift voor Psychotherapie*, 4.
- > Couwenbergh, P.C.M., & van Weeghel, J. (2020). Voorkomen van stagnatie van herstel en chronische problemen bij patiënten in de GGZ. Een veldraadpleging onder Nederlandse experts. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 62:1, 18-26.
- > Dawson, D.L., & MacMillan, H.L. (2013). *Relationship management of the borderline patient*. New York: Routledge.
- > Taylor & Francis. Dumontheil, I. (2016). Adolescent brain development. *Current Opinion in Behavioral Sciences*, 10, 39-44.
- > Erkelens, P.A., Herpers, P.C.M., Steenmeijer, J., Vos, van de Delft, N.C., 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). Intensive Care in de GGZ; op weg naar veldnormen. <http://hic-psy.nl/wpcontent/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.
- > Janssen, W. (2020). Suïcidepreventie bij jongeren.

- 113 Zelfmoord preventie. Jong en depressief. Zeist: Medilex, congres d.d. 29 september.
- > Mierlo, T., & Bovenberg, F. (2013). Werkboek HIC. Eerste druk. Amsterdam: Amsterdam University Press.
- > Miller, W.R., & Rollnick, S. (2012). *Motivational interviewing: helping people change*. Derde druk. [Applications of Motivational Interviewing. 3rd edition]. New York: The Guilford Press.
- > Radstaak, M., Bohlmeijer, E., & Bannink, F. (2021). Posttraumatische groei. In E. Bohlmeijer e.a. (red.) (2021). *Handboek positieve psychologie. Theorie, onderzoek en interventies* (pp. 363-379). Amsterdam: Boom.
- > Scheepers, F. (2021). Mensen zijn ingewikkeld. Een pleidooi voor acceptatie van de werkelijkheid en het loslaten van modellen. Amsterdam: De Arbeiderspers.
- > SER (2021). *Jeugdzorg: van systemen naar mensen. Tien aanbevelingen voor de korte termijn*. Den Haag: SER.
- > 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., & van Mierlo, T. (2020). HIC (High & Intensive Care). In N. Mulder e.a. (red.) *Netwerkpsychiatrie. Samenwerken aan herstel en gezondheid* (pp. 351-365). Amsterdam: Boom.
- > Widdershoven, G.A.M., Voskes, Y., & van Veen, S.M.P. (2021). Naar een proactieve psychiatrische ethiek: een zorgethisch perspectief. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 63, 2, 150-153.