



INTENSIVE HOME TREATMENT JONGEREN (IHT-J)

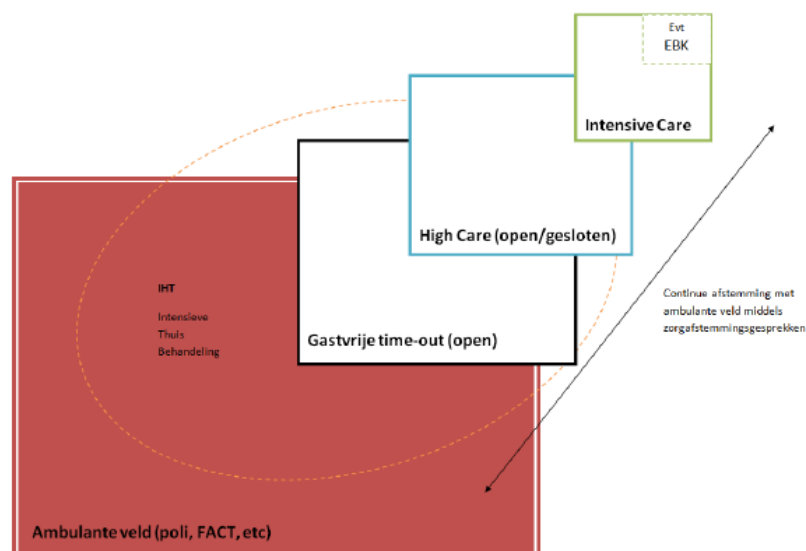
Visie- en werkdocument

Inleiding

Een behandeling binnen de Nederlandse geestelijke gezondheidszorg (GGZ) bestaat grotendeels uit ambulante zorg (zie figuur 1). De ambulante behandeling is dan ook leidend voor de zorg binnen de acute keten in de GGZ. Als aanvulling op de ambulante behandeling werd begin deze eeuw Intensive Home Treatment (IHT) geïntroduceerd (Prinsen et al., 2016). Deze outreachende werkwijze is geïnspireerd op Crisis Resolution & Home Treatment uit Engeland, hetgeen daar in de jaren 90 van de vorige eeuw werd gelanceerd als antwoord op de toenemende vraag naar bedden capaciteit voor mensen met een psychiatrische stoornis (Johnson & Needle, 2008).

IHT biedt geen vast behandelprotocol, maar omvat (a) crisisinterventie; (b) in de thuissituatie, met actieve betrokkenheid van naasten; (c) opname-vervangende behandeling, dus 24/7 bereikbaarheid en ondersteuning en (d) consistente zorg door één team. IHT is een outreachende methodiek waarbij zo breed mogelijk gekeken wordt naar wat nodig is om de huidige crisis te stabiliseren en opname te voorkomen of te verkorten, door middel van interventies gericht op vroegsignalering, de-escalatie en crisismanagement.

Indien de behandeling in de thuissituatie desondanks niet houdbaar blijkt, voorziet de acute keten in de mogelijkheid om op te schalen als de situatie daarom vraagt (Van Mierlo et al., 2013). Dit kan door middel van gastvrije time out mogelijkheden, zoals beschreven onder het kopje crisis voorkomend verblijf of een korte opname op een High & Intensive Care (HIC) afdeling en vereist een intensieve samenwerking tussen ambulante behandelaren, IHT-teams en de HIC (Erkelens et al., 2017).



Figuur 1.

Een HIC Jongeren heeft de mogelijkheid op te schalen van High Care (HC) naar Intensive Care (IC) en als alle alternatieven ontoereikend blijken is het mogelijk om gebruik te maken van de Extra Beschermende Kamer (EBK; Erkelens et al., 2017). Door de intensieve samenwerking tussen IHT-J en HIC-J blijft de IHT-J hulpverlener betrokken bij een opname op de HIC- J. Als een opname overwogen wordt, zal er minimaal contact moeten zijn geweest met IHT-J. Enerzijds om af te wegen of inzet van IHT-J de opname zou kunnen voorkomen, anderzijds om IHT-J direct te betrekken zodat de zorg ambulante en outreachend vervolgd kan worden.

Aanleiding

Binnen het Landelijk netwerk IHT- & HIC Jongeren is de behoefte ontstaan om een gezamenlijk visiedocument op te stellen om dezelfde taal te spreken, organisaties te ondersteunen de methodiek te implementeren en om de kwaliteit te verbeteren. De werkgroep IHT-J is van mening dat een specifieke beschrijving van de IHT-methodiek bij jongeren nodig is om integrale behandeling te borgen, in aansluiting op ontwikkelingen binnen de jeugdhulp en de GGZ.

In dit visiedocument wordt, in aansluiting op het Handboek IHT (Prinsen et al., 2016) en het Visie- en ervaringsdocument HIC-J (Erkelens et al., 2017), vanuit de praktijk beschreven op welke manier IHT voor Jongeren verschilt van reguliere IHT. Hierbij zijn eerst de inhoudelijke factoren beschreven en aansluitend de organisatorische factoren, waarbij de nadruk ligt op onderwerpen die van belang zijn voor de toepassing van de methodiek in de acute kinder- en jeugdpsychiatrie.

In dit document is ervoor gekozen om de term hulpverlener te gebruiken. Hiervoor kunnen verschillende hulpverlenersrollen gelezen worden, zoals behandelaar, gezinsbehandelaar en therapeut. Waar jongere wordt genoemd kan ook kind worden gelezen en waar ouders wordt genoemd kan ook ouder, opvoeder of verzorgende worden gelezen.

Visie Intensive Home Treatment Jongeren

In de behandeling van jongeren staat, anders dan in de volwassen GGZ, de gehechtheidsrelatie tussen ouder en kind centraal. Deze emotionele band vormt de basis voor de ontwikkeling van de jongere en bepaalt in belangrijke mate of de jongere over mogelijkheden beschikt om eigen emoties en spanningen te reguleren en zich in de steeds veranderende sociale en fysieke omgeving verder te ontwikkelen. Een verstoring van deze relatie, als gevolg van een problematische opvoedingsomgeving, kan leiden tot gedragsproblemen en een vergroot risico op het ontwikkelen van psychische klachten bij de jongere. De crisis waarvoor IHT-J betrokken wordt, is dan ook vaak een gevolg van de interactie tussen kindfactoren en systemische factoren, waarbij het evenwicht tussen de draagkracht en de draaglast verstoord is geraakt. Ouders zijn daarmee ook een belangrijke sleutel in de oplossing van het probleem.

IHT-J is passend voor kinderen en jongeren tot, in principe, 18 jaar, bij wie sprake is van een (dreigende) crisissituatie, voortkomend uit psychiatrische problematiek. Hierbij is de verwachting dat snel starten of opschalen van behandeling een verdere escalatie of opname kan voorkomen, dan wel verkorten. De aard van de psychiatrische problemen is niet bepalend voor de indicatie van IHT-J.

Behandeling is gericht op herstel en stabilisatie van de jongere en de (thuis)situatie, waarbij toegewerkt wordt naar de richting waar de jongere heen wil, door autonomie en herstel van eigen regie te bevorderen. De behandeling kenmerkt zich onder andere door stabilisatie, crisisbeheer, opstellen van een werkhypothese en toeleiden naar passende behandeling. Diagnostiek uitvoeren, die van belang is om de crisis te begrijpen, kan hier een onderdeel van zijn. Een IHT-J-traject is kortdurend, vaak aansluitend aan (lopende) behandeling en kent verschillende fasen.

De acute behandeling is snel en laagdrempelig toegankelijk, waarbij triage aan de voordeur wordt uitgevoerd. Vanuit een transdiagnostisch kader wordt samen met de jongere en het netwerk doelgerichte behandeling geboden, gericht op een werkhypothese om de crisis te begrijpen. De

behandeling wordt geboden in de thuissituatie beperkt zich niet tot die thuissituatie maar is ook gericht op de mensen en activiteiten om de jongere heen.

Aangezien IHT-J zorg biedt aan jongeren en systemen in crisis, is het belangrijk dat tijdens het IHT-J traject de zorg 24/7 gegarandeerd kan worden. Vaak wordt dit vormgegeven door IHT-J zelf of in samenwerking met de crisisdienst of de HIC-J. De keuze voor de manier waarop deze bereikbaarheid is georganiseerd is afhankelijk van de lokale situatie.

In het IHT-J-traject is het essentieel om het systeem om de jongere heen te betrekken. Hiervoor zijn verschillende redenen aan te dragen:

- Wanneer een jongere in crisis raakt, is het sociale steunsysteem eromheen vaak ook in crisis. In crisissituaties, zoals acute suïcidaliteit of voedselweigering, kan dit bij ouders en andere gezinsleden tot gevoelens van machteloosheid en radeloosheid leiden. Dit roept heftige emoties op, hetgeen de onderlinge verbindingen onder spanning kan zetten, terwijl het voelen van binding met mensen om een jongere heen, juist een belangrijke sleutel is voor herstel.
- Door de crisis ervaren jongeren minder regie. Ouders hebben vanuit zorg vaak een meer controlerende of beheersende rol of bieden juist te weinig kader, bijvoorbeeld bij angst- en dwangstoornissen, suïcidaliteit, eetstoornissen of trauma. IHT-J werkt autonomie bevorderend waarbij de behandeling erop gericht is de jongere de regie weer terug te geven. Hiertoe is nauwe samenwerking met ouders nodig.
- Al langer bestaande systeemproblematiek kan ook een risicofactor zijn in het ontstaan van een crisissituatie. Bij IHT-J is het aandacht hebben voor (onderliggende) negatieve interactiepatronen binnen een gezin van belang.
- Het betrekken van het systeem is van belang wanneer het gaat om hun rol als steunfiguur voor de jongere, als partner bij het zorgen voor veiligheid (indien nodig) en in het autonomie bevorderend werken. Ouders van een jongere in crisis zijn vaak geneigd om te veel ouderlijke aanwezigheid te tonen, of juist te weinig. Dit kan de ontwikkeling naar het leren dragen van eigen verantwoordelijkheid van de jongeren in de weg zitten. Helpend is om ouders hierin te coachen, in samenspraak met de jongere.
- Andere gezinsleden kunnen betrokken zijn bij IHT-J. Aandacht hebben voor interacties en welzijn van broers en zussen is van belang. Grootouders, familie, vrienden, burens en leerkrachten kunnen middels het inzetten van netwerkbijskomsten als steunfiguren voor de jongere en het gezin worden ingezet.

Interventies IHT Jongeren

Stabiliserende behandeling

Alle interventies binnen een IHT-J-traject zijn gericht op stabiliseren van de crisis, met herstel binnen de eigen omgeving. Het is van belang om oog te hebben voor de communicatie binnen het gezin en alle belangrijke naasten. In elke behandeling wordt gestart met het maken van contact, waarbij IHT-J de nadruk legt de verbinding met het systeem. Tijdens het eerste gesprek worden heldere individuele en systemische doelen opgesteld, passend bij de problematiek en gericht op stabilisatie van de crisis. Door het bieden van perspectief wordt beoogd de jongere te motiveren om zich te richten op herstel van vertrouwen in eigen mogelijkheden en de wereld om zich heen.

Hoewel doelen en interventies per IHT-J behandeling sterk kunnen verschillen, wordt in IHT-J behandeling vaak met de jongere een dagprogramma gemaakt om structuur te geven aan de dag en om te activeren. Daarnaast wordt met de jongere een signaleringsplan gemaakt, om meer grip te krijgen op spanning en emoties, waarmee de kans op een nieuwe crisis kan worden verkleind. Op indicatie kan farmacotherapie worden ingezet. Tijdens de IHT-J behandeling vindt doorlopende risicotaxatie en crisisdiagnostiek plaats.

IHT-J richt zich niet op onderliggende langer bestaande problematiek, tenzij deze een factor is in de terugkerende crisis. Het is derhalve van belang dat de bestaande ambulante behandeling wordt voortgezet.

Interventies IHT-J

- Monitoren van het toestandbeeld
- Risicotaxaties
- Crisisdiagnostiek
- Systeemgesprekken
- Psycho- educatie gericht op de crisis
- Signaleringsplan maken of aanvullen en ermee oefenen
- Leefstijlinterventies
- Zinvolle dag- invulling ondersteunen
- Farmacotherapie
- Elementen uit behandelingen; zoals EMDR, emotieregulatie-vaardigheden, mindfulness

Zoals genoemd is het tevens van belang om aandacht te hebben voor leefstijlinterventies, aangezien dit kan helpen bij het doorbreken van de vicieuze cirkel van psychische en lichamelijke klachten. Tevens geeft dit de jongere (en hun naasten) het gevoel zelf iets te kunnen doen en daarmee grip te krijgen op de situatie. Door aandacht te hebben voor de leefstijl wordt bijgedragen aan het herstel van de eigen regie en aan een gevoel van autonomie. Tevens bieden leefstijlinterventies de mogelijkheid om als gezin de problematiek aan te pakken, waardoor de jongere uit de rol van 'patiënt' en in de rol van kind/ gezinslid komt (Waas et al., 2024).

Voorbeelden van aanpassing van de leefstijl:

- Herstel van dag- nachtritme/ slaap
- Verbeteren van voedingspatroon
- Ontspanningsoefeningen/mindfulness
- Aandacht voor bewegen
- Aandacht voor gebruik sociale media

School

Vaak wordt gezien dat de jongere vastloopt op school, of al enige tijd niet of nauwelijks naar school gaat. De jongere kan last hebben van concentratieproblemen, ernstige faalangst of problemen in het sociale contact. Samenwerken met school is daarom noodzakelijk en een vast onderdeel van de behandeling. De dagstructuur en -invulling zijn belangrijk in het afwenden van een crisis. Dit zorgt voor regelmaat, afleiding van de klachten en aandacht voor sterke coping vaardigheden. School biedt bovendien perspectief en sociale contacten.

In het IHT-J-traject is het van belang om contact met school te hebben om, samen met de jongere, te bespreken op welke wijze de jongere kan deelnemen aan school en waar en hoe school zou kunnen ondersteunen. Het is van belang om aandacht te hebben voor de belastbaarheid van de jongere en voor de mogelijkheden van school, zowel in flexibiliteit als kunde van school in omgang met een jongere in crisis. Psycho-educatie aan leerkrachten, betrokkenen van school en /of aan de klas, kan helpend zijn in dit proces.

Dag-invulling en vrijetijdsbesteding

Een goede dag-invulling helpt om structuur en overzicht in de dag te hebben, het draagt bij aan deelname aan de maatschappij en daarin een plek te hebben. Voor jongeren is school in de basis de belangrijkste dag-invulling.

Indien het niet lukt om naar school te gaan, dan is het van belang om een zinvolle dag-invulling te (laten) organiseren, waarbij de hulpverlener kan ondersteunen. Onder dag- invulling wordt ook sport, hobby's, contacten met andere jongeren en eventueel een (bij)baantje verstaan. Het uitgangspunt is dat er wordt aangesloten bij de eigen dag-invulling, door te inventariseren wat wel lukt.

Ervaringsdeskundigen

Ervaringsdeskundigheid kan worden ingezet, zeker wanneer jongeren in een patroon van herhaalde crisis terechtkomen. Een of meerdere gesprekken met een ervaringsdeskundige die in zijn of haar jeugd in een vergelijkbare situatie heeft gezeten, kan helpend zijn in het herstelgericht werken door het bieden van perspectief. Ook het inzetten van een ervaringsdeskundige ouder kan binnen het IHT-J een passende interventie zijn voor ouders.

(Gezins-)signaleringsplan

Het maken en aanscherpen van een signaleringsplan is onderdeel van de behandeling. Inzicht krijgen in de signalen van oplopende spanning en naderende crisis is niet alleen voor de jongere van belang, maar ook voor de familie. IHT-J kan een gezin helpen in het opstellen van een gezinssignaleringsplan. Daarin staat zo concreet mogelijk beschreven hoe te handelen op momenten van oplopende spanning. Van belang is om dit plan in gezinsgesprekken steeds terug te laten komen en verder aan te scherpen, zodat het voor het gezin gaat leven en zij er veel mee gaan oefenen. Als de jongere en het gezin de vaardigheid beheersen om het signaleringsplan in te zetten bij oplopende spanning, vergroot dit het vermogen om een crisis te voorkomen of eerder af te wenden.

Voorbeeld gebruik signaleringsplan

In fase 'oranje', als de spanning oploopt vraagt de jongere aan ouder om een rondje te gaan wandelen en of vader dan geen ingewikkelde vragen wil stellen. Of dat een moeder bij haar eigen gevoelens van paniek, in reactie op fase 'rood' van haar dochter, een ademhalingsoefening gaat doen om zo haar eigen rust te bewaren.

E-health binnen de behandeling

Behandeling in de kinder- en jeugdpsychiatrie is gericht op het ondersteunen van de jongere en het gezin binnen het eigen netwerk. E-health kan door de brede reikwijdte en ruime inzetbaarheid een waardevolle aanvullingen vormen op het reguliere zorgaanbod in het algemeen en outreachende behandelingen zoals IHT-J in het bijzonder. Op basis van best practice van blended care constructies kan beeldbellen als onderdeel van het behandelaanbod van IHT-J voorzien in de behoeften van jongeren en hun naasten, bestaand uit de 24/7 beschikbaarheid, verdieping van de behandeling en de mogelijkheid tot asynchroon contact. Daarnaast biedt E-health aan professionals, in aanvulling op het regulier zorgcontact, feedbackmogelijkheden, dit zijn extra kansen om de jongeren en naasten actief te betrekken en de gelegenheid tot structureel monitoren.

Crisisvoorkomend verblijf in de kliniek

Veel IHT-J-teams bieden jongeren de mogelijkheid om gebruik te maken van een crisisvoorkomend verblijf, dit wordt ook wel een Bed op Recept (BOR) genoemd. Het gaat hier om een kortdurend verblijf in de kliniek (24-48 uur) onder vooraf met IHT-J behandelaren afgesproken voorwaarden.

Het doel is dat jongeren zelf dit crisisvoorkomende verblijf als interventie in kunnen zetten om een werkelijke crisis te voorkomen deze interventie maakt deel uit van het signaleringsplan. Hiermee wordt

de vaardigheid om hulp te vragen ondersteund en de autonomie vergroot. Bovendien past dit bij de 24/7 bereikbaarheid van het IHT-J-team. Het gaat hier dus expliciet niet om een opname, aangezien de jongere de interventie inzet om crisis te voorkomen. Ook is er de mogelijkheid tot telefonische consultatie (TOR).

Rol van het netwerk

Naast het informele netwerk van een jongere is er ook een formeel netwerk van andere hulpverleners, begeleidingsinstanties, woongroepen en gemeenten. Het is van belang om zicht te krijgen op de krachten en kwetsbaarheden van het netwerk. IHT-J werkt vanuit de herstelgerichte visie waarin het van belang is om oog te hebben voor het relationele en de verbinding tussen mensen: relaties herstellen en opbouwen en ook aandacht hebben voor de ontwikkelingsmogelijkheden en het welzijn van elk individu binnen het netwerk. Systeemgericht werken heeft niet alleen betrekking op de omgang met de jongere en het netwerk, maar ook op de samenwerking tussen de betrokken hulpverleners.

De kracht van het gezin

In een gezin met een jongere in crisis wordt vaak gezien dat ouders zich machteloos voelen, zich schamen of in rouw zijn en geven ouders aan dat 'zij het niet meer trekken', terwijl gezinsleden belangrijk zijn in de ondersteuning van de jongeren. Zij kennen de jongere en weten wat zijn/haar krachten zijn en welke krachten in het netwerk beschikbaar zijn. Aan de andere kant zijn gezinsleden vaak onderdeel van de dynamiek geworden, de klachten zijn geleidelijk ontstaan en de gezinsleden hebben gezamenlijk gedragspatronen gevonden om hiermee om te gaan. Op het moment dat er crisis is, werken deze vaak niet meer. Teneinde de crisis af te wenden is doorbreken van deze gedragspatronen nodig.

Herstel relaties binnen het gezin

Naast eventuele behandeling van acute psychopathologie richt crisisinterventie binnen IHT-J zich op herstel van gezinsrelaties, met name tussen de jongere en ouders. Hiervoor zijn verschillende methodes beschikbaar die op dit gebied ook positieve/veelbelovende resultaten laten zien. Kenmerkend voor deze behandelvormen is dat ze zich richten op het vergroten van de onderlinge verbondenheid ('in hetzelfde schuitje zitten') en het vergroten van de steun tussen ouders. Daarnaast wordt gezocht naar wegen om de eenzaamheid en het onbegrip, zoals een jongere deze ervaart, te verminderen. Daarbij wordt geprobeerd vertrouwenskwetsuren en -breuken uit het verleden op te sporen en bespreekbaar te maken ('Wat maakt dat je niet naar je ouders voor hulp stapt als je je depressief of suïcidaal voelt?'). Zodoende leggen deze systemische behandelvormen meer nadruk op de onderlinge relaties en communicatie om te komen tot vermindering van de acute crisissituatie.

Aandachtspunten herstel relatie binnen het gezin

- Draagkracht vergroten door aandacht voor alle gezinsleden te hebben
- Steun uit het netwerk genereren, door onder andere netwerkbijeenkomsten
- Bieden van psycho-educatie helpt om de crisis te normaliseren
- Aandacht voor onderliggende patronen, beperkingen van alle gezinsleden

Er wordt tijdens het traject minimaal een inventarisatie gemaakt van zowel het informele als van het formele netwerk, hetgeen zoveel als mogelijk wordt betrokken bij de behandeling. Daarnaast wordt er een signaleringsplan gemaakt en wordt er zoveel als mogelijk outreachend gewerkt.

Samenwerking professionele netwerkpartners

Onder professionele netwerkpartners worden samenwerkingspartners bedoeld die professioneel betrokken zijn bij een jongere die in behandeling is bij IHT-J. Dit kan zijn als verwijzer en/of als (nog niet) betrokken netwerkpartner. Naast het betrekken van het informele netwerk, is het betrekken en betrokken houden van professionele netwerkpartners van het grootste belang, gezien de tijdelijkheid van het IHT-J-traject als korte crisisinterventie en als schakel in een hele zorgketen. Er dient zoveel mogelijk continuïteit van zorg te zijn tijdens en na het IHT-J-traject. Nadrukkelijk wordt hierbij ook jeugdzorg genoemd als onderdeel van het professionele netwerk, waarbij het gezamenlijk triageren en zo mogelijk ook samen beoordelen van crisissituaties aanbevolen wordt.

IHT-J kan bij een casus betrokken zijn als:

- Regiebehandelaar: IHT-J bepaalt het beleid rond de crisis, houdt professionele netwerkpartners op de hoogte en betrokken en betreft zo nodig andere professionele netwerkpartners.
- Medebehandelaar: IHT-J als onderdeel van het behandelplan van een andere professionele netwerkpartner; een regiebehandelaar vanuit ggz of een jeugdzorgkader. Dit betreft een tijdelijke opschaling van zorg.
- Consulent: IHT-J geeft advies vanuit de kinder- en jeugdpsychiatrische expertise, maar wordt geen onderdeel van de behandeling.

Een manier om professionele netwerkpartners te betrekken en betrokken te houden bij de behandeling van IHT-J is om hen, naast het informele netwerk, zoveel als nodig en mogelijk, uit te nodigen bij zorgafstemmingsgesprekken (ZAG). Hierin is aandacht voor ieders rol en de verwachtingen ten opzichte van elkaar en ten opzichte van de jeugdige en zijn netwerk. Hierover kunnen tijdens het ZAG afspraken gemaakt worden, die vastgelegd worden in een behandelplan. Hiermee wordt het systemisch werken benadrukt en bevorderd en is er actieve betrokkenheid van alle betrokken partners, zodat het IHT-J-traject zo effectief en efficiënt mogelijk doorlopen wordt. Het heeft de voorkeur dat poliklinische behandelafspraken door lopen tijdens een IHT-J-traject. Op het moment dat een jongere start met IHT-J zijn er vaak al hulpverleners betrokken. Jongeren hebben een band met de eigen hulpverlener opgebouwd en, zeker tijdens een crisis, is het van belang dat deze betrokken blijft.

Systemisch geschoolde hulpverleners

In de kinder- en jeugdpsychiatrie is er meestal sprake van zowel complexe kindfactoren als van omgevingsinvloeden, waardoor aandacht voor de bredere context van de jongere van belang is. Het is derhalve noodzakelijk dat alle hulpverleners binnen een IHT-J-team een opleiding met aandacht voor het systemische gedachtegoed hebben genoten. Een systemische basis helpt bij een circulaire benadering ('alles hangt met alles samen') van de problematiek. Aangezien de hulpverlener onderdeel is van het systeem, is er een risico om snel ingezogen te worden, waarbij een parallelproces kan ontstaan. Hierbij helpt het om samen te werken met collega's en om, in teamverband, vaste intervisiemomenten te organiseren.

Rol Systeemtherapeuten

Binnen IHT-J-teams heeft de systeemtherapeut een belangrijke rol. Deze rol is om de systemische visie in een IHT-J-team te verstevigen. In de praktijk betekent dit dat de systeemtherapeut onderdeel is van het multidisciplinaire team. De systeemtherapeut biedt consultatie en supervisie aan collega's met betrekking tot het systemisch werken. Op indicatie voert de systeemtherapeut een of meerdere systeemgesprekken met het gezin. Vooral wanneer het niet lukt om autonomie bevorderend te werken in een gezin, is het betrekken van de systeemtherapeut passend.

Veiligheid

Investing in de veiligheid van het gezin kan alleen als de veiligheid van de hulpverlener in de werkomgeving geborgd wordt door o.a.;

- Alle hulpverleners IHT-J te scholen in systemisch werken
- Trainen in de-escalerend werken
- Inschatten van veiligheid bij huisbezoek
- Wekelijkse afstemming tussen hulpverleners
- Werkoverleg en intervisie; waarin aandacht is voor de complexiteit van het werkveld
- Analyseren van (bijna) incidenten
- Kwaliteit, innovatie en deskundigheidbevordering

In- en uitstroom IHT-J

IHT-J fungeert als poortwachter voor een vrijwillige crisisopname op een HIC-J waar, al dan niet via een psychiatrische beoordeling, wordt ingeschat of een opnamevoorkomend traject passend en haalbaar is. Tijdens opname op een HIC-J kan IHT-J continueren of invoegen, met als doel dat een opname zo kort mogelijk kan zijn.

Een crisisdienst kan, met de mogelijkheid voor acute crisisbeoordelingen binnen en buiten kantoortijden, een geïntegreerd onderdeel zijn van een IHT-J team. Dit kan ook opgesplitst zijn, met acute crisisbeoordelingen door de crisisdienst en subacute beoordelingen en verlengde crisisinterventie door IHT-J.

Instroom

Aanmelding voor IHT-J kan plaatsvinden vanuit de GGZ. Daarnaast kan ook vanuit de huisarts of overige artsen (schoolarts/jeugdarts, kinderarts, spoedeisende hulp arts, verslavingsarts, revalidatiearts), en vanuit het sociaal domein (gemeentelijk team, jeugdzorg ambulante/residentieel, jeugdbescherming, jeugdreclassering, Veilig Thuis) aanmelding plaatsvinden. Daarbij is het, zoals beschreven, van belang dat een bestaande behandeling doorloopt. Indien een jongere zonder bestaand behandeltraject bij IHT-J wordt aangemeld, is het belangrijk dat er direct ook aanmelding plaatsvindt bij de polikliniek, zodat er vanaf de start van het IHT-J traject perspectief op vervolgbehandeling wordt gecreëerd. Bovendien kan hiermee een adequate doorstroom worden bevorderd. De manier waarop crisis GGZ-behandeling en reguliere ambulante GGZ-behandeling in een regio georganiseerd is, is een factor bij aanmeldingen bij IHT-J. Zo zullen er bijvoorbeeld geen acute beoordelingen buiten kantoortijden worden gedaan, indien de crisisdienst geen onderdeel uitmaakt van een IHT-J.

Ook zullen er minder verwijzingen door de huisarts plaatsvinden, als er binnen de reguliere ambulante GGZ geen wachttijden zijn of als er een mogelijkheid is voor spoedintakes. Lange wachttijden kunnen ervoor zorgen dat er naar IHT-J wordt verwezen om een crisis te voorkomen. Organisatorische keuzes, deels samenhangend met de regionale situatie, hebben invloed op de instroom binnen IHT-J. Het is van belang de voorkeur van IHT-J zuiver te houden, waarbij IHT-J niet als vervanger van spoedintakes kan dienen. Een autonomie bevorderende visie, vanuit zowel de ambulante behandeling als vanuit de HIC-J, maakt dat er eerder verwezen wordt naar IHT-J, dan dat er een psychiatrische opname plaatsvindt.

Uitstroom

Een IHT-J-traject duurt gemiddeld 6 weken (afhankelijk van de regionale organisatiestructuur varieert deze duur landelijk tussen 3 en 12 weken). Er is sprake van regionale verschillen in aanbod en inkoop door de gemeenten, waardoor het hulpverleningsaanbod per regio verschilt. Aangezien IHT-J geboden wordt in de thuissituatie, is het gebonden aan de regio waar de jongere woont.

Indien er sprake is van een intensivering van een bestaande GGZ-behandeling, kan er gedurende het traject een ZAG plaatsvinden, ter evaluatie en om te beslissen of er een indicatie is voor een verlenging. Na afronden van de behandeling, vindt een ZAG en een warme overdracht plaats, met de hulpverlener naar wie wordt (terug) verwezen.

Indien er geen ambulante GGZ-zorgkader is, terwijl er wel een indicatie is voor verdere diagnostiek en/of behandeling, zal er door IHT-J een verwijzing plaatsvinden. Om adequaat laagdrempelig zorgopschaling te kunnen bieden, is het belangrijk dat er duidelijke afspraken zijn over snelle overname door ambulante GGZ, na verwijzing door IHT-J.

Transitieleeftijd

Als gevolg van de transitie van de jeugdzorg, valt de financiering voor jongeren tot 18 jaar onder de gemeenten en de financiering voor jongeren ouder dan 18 jaar onder de zorgverzekeraar. Hierdoor worden behandeling en opname rondom deze leeftijd vaak onderbroken of overgedragen. Vanuit het zorg-op-maat principe zouden onderbrekingen in zorgcontinuïteit bij deze kwetsbare doelgroep zoveel mogelijk voorkomen moeten worden. Het is dan ook van belang om zorgafspraken te maken met ketenpartners (met name de volwassenen GGZ) over samenwerking rondom deze leeftijdsgroep, alsmede om oog te hebben voor de ontwikkelingsleeftijd, naast de kalenderleeftijd. De IHT-J en HIC-J afdelingen hanteren per regio verschillende leeftijdsgrenzen, van 18 jaar tot een maximale uitloop van 23 jaar.

Dit document is geschreven door de Werkgroep IHT- Jongeren, onderdeel van het

Landelijke netwerk IHT- & HIC Jongeren.

Kirsten Franken

Pierre Herpers

Britt Hoogenboom

Fanny Mulder

Simone Schade

Asha Veenman

Tineke de Vos

Joost Waas (vz)

Bertwin Zwijs

Literatuurlijst

- Brimblecombe, N. (2001). *Acute mental health care in the community: Intensive Home Treatment*. Whurr Publishers Ltd.
- Johnson, S., & Needle, J. (2008). Crisis resolution teams: rationale and core model. In S. Johnson, J. Needle, J. P. Bindman, & G. Thor.
- De Wolff, M., Lanting, C. (2021). *JGZ Richtlijn Ouder kindrelatie*. Nederlands Centrum Jeugdgezondheidszorg. <https://www.jgzrichtlijnen.nl/alle-richtlijnen/richtlijn/ouder-kind-relatie>.
- Erkelens, P. A., Herpers, P. C. M., Steenmeijer, J., De Vos-van Delft, N. C., Waas, J. A., & Witte, C. (2017). *High & Intensive Care voor Jongeren: Visie- en ervaringsdocument*. Expertisenetwerk Kinder- en Jeugdpsychiatrie.
- Prinsen, E., van Wel, B., Mulder, N., & de Koning, N. (2016). *Handboek IHT: intensive home treatment*. De Tijdstroom Uitgeverij.
- Van Mierlo, T., Bovenberg, F., Voskes, Y., Mulder, N. (2013). *Werkboek HIC: High en intensive care in de psychiatrie*. De Tijdstroom Uitgeverij.
- Waas, J., Alers, M., Van der Zee, J. (2024). Leefstijlinterventies in de jeugdpsychiatrische crisiszorg. *Psyfar*, jaargang 19, editie 1. <https://www.psyfar.nl/tijdschrift/editie/artikel/t/leefstijlinterventies-in-de-jeugdpsychiatrische-crisiszorg>.