

Opname in de kinder- en jeugdpsychiatrie: hoe voorzien we in het recht op een vertrouwenspersoon?

S. TREMMERY



Recent schreef dr. Philip Gordon, hoofd van de afdeling Colorectale chirurgie aan de universiteit McGill in Canada, een pakkend getuigenis in een vakblad (Gordon 2018). Hij was overtuigd dat hij al die jaren zijn patiënten met de juiste zorgen omringde, tot hij zelf plots kankerpatiënt werd.

Het deed me terugdenken aan een 8-jarige jongen met autisme die op mijn afdeling Kinderpsychiatrie acuut opgenomen werd. Jaren later vertrouwde zijn moeder me toe dat het achterlaten van haar zoontje op onze afdeling één van de meest traumatiserende ervaringen voor haar én haar zoon was. Toen ik later zelf met ons ernstig zieke kind voor lange tijd in het ziekenhuis verbleef, begreep ik pas echt wat ze bedoelde.

Het sterk uitgewerkte ouder-kindbeleid van de afdeling Pediatrie liet ons immers wél toe steeds bij ons kind te blijven. De visie van dit ziekenhuis was gebaseerd op het Charter van de European Association for Children in Hospital (EACH); de Nederlandse vertaling is te vinden op <https://www.each-for-sick-children.org/>, onder 'charter'. Artikel 2 stelt dat alle kinderen het recht hebben hun vertrouwenspersoon – ouders of verzorgers – in alle omstandigheden bij zich te hebben als belangrijk houvast gedurende de opname.

EACH-artikel 2 in de huidige kinderpsychiatrie

Historisch ontwikkelde de residentiële kinder- en jeugdpsychiatrische zorg zich tot een zorgmodel met leefgroepstructuur waar psychiatrische én orthopedagogische zorg hand in hand gaan. Deze zorg is hierbij hoofdzakelijk gericht op het opgenomen kind, ouders worden betrokken in gezinstherapeutische sessies die in wisselende aanwezigheid met het kind plaatsvinden.

Een korte internetzoektocht naar de uitwerking van het recht op een vertrouwenspersoon levert niet veel op. Terwijl pediatrie afdelingen uitpakken met hun rooming-in, vinden we bij de kinderpsychiatrische afdelingen in België en Nederland enkel bezoekenmogelijkheden, veelal op afspraak. Het recente Vlaamse rapport van de Zorginspectie in de ggz leert dat dagelijks bezoek slechts op 25% van de afdelingen mogelijk is. Aanwezigheid tijdens therapieën of in de time-outruimtes wordt meestal niet toegestaan. Uitzonderingen zijn de gezinsgerichte behandelunits met bijhorend behandelprogramma of de post-partum-units, psychiatrische units voor moeder en baby.

Behoeftte aan vertrouwenspersoon

Decennia geleden toonde pediatrie onderzoek al aan dat rooming-in gecorreleerd is met een versterking van de ouderlijke competenties hoger welbevinden van de kinderen. Aansluitend ondersteunen tal van kinderpsychiatrische thera-

pievormen het belang om ouders en gezin maximaal te betrekken; biedt de hechtingstheorie, met troost als centraal concept, meer dan voldoende evidentie voor een maximaal behoud en ondersteuning van de ouder-kindrelatie; tonen residentiële gezinsbehandelingen na opname een significant positief effect op de problemen van kind én ouder, de ouderlijke omgang met de psychische problemen van hun kind en het functioneren op school (Ise e.a. 2014).

Ouders zijn vragende partij, een recente meta-analyse naar ouderondersteuning en -participatie bevestigt de hoge nood van gezinsinclusie in de residentiële zorg (Rodriguez-Meirinhos e.a. 2018). De noden van het opgenomen kind zijn – verbazingwekkend – onbekend: in de kinderparticipatie werd dit thema (nog) niet onderzocht.

Een veilige omgeving

Een veilige context is cruciaal voor het therapeutisch behandelklimaat en het bereiken van positieve behandelresultaten. Onderzoek toont dat een open leefklimaat bijdraagt tot hogere behandelmotivatie, positieve behandelresultaten, meer empathie, hogere interne *locus of control*, meer emotionele stabiliteit en minder agressiviteit (Souverein e.a. 2013). Voor het opgenomen kind kunnen we immers de realiteit niet ontkennen dat agressie dagelijks voorkomt op een psychiatrische afdeling (Tremmery e.a. 2012).

Kwetsbare kinderen en jongeren, met ernstige acute psychiatrische problemen, dienen zich bij het begin van een opname aan te passen aan de overgang van gezinsleven naar de leefgroep. We kunnen veronderstellen dat ze net dan over verminderde aanpassingsvaardigheden beschikken. Het effect van de permanente beschikbaarheid van een ouder op de afdeling is onbekend, maar kan leiden tot meer individuele zorg op maat, daling van de agressie-incidenten en een veiliger leefklimaat. De pedagogische en toezichhoudende functie van het verpleegkundig team zou met de ouder gedeeld kunnen worden en dit kan leiden tot een gezamenlijke expertisepbouw. Terwijl ouders dagelijkse verzorgingstaken in de rustige omgeving van de kamer opnemen, ervaart het team meer ruimte voor therapeutisch handelen. Het kind profiteert van de individuele aandacht, frustraties en angsten zullen sneller door de ouder en het team opgemerkt en begeleid worden.

Realiseerbaar?

In deze korte uiteenzetting stel ik de leefgroepwerking van de kinderpsychiatrie vanuit artikel 2 van het EACH-manifest aan de orde. Onderzoek naar ouderondersteuning en -participatie toont dat de vraag naar een meer gezinsinclusieve residentiële zorg wel degelijk leeft. De implementatie van EACH-artikel 2 zal een vergaande impact op alle niveaus van de residentiële zorgorganisatie hebben.

Voorlopig roept deze echter meer vragen op dan dat ze antwoorden geeft, maar de kinderpsychiatrie kan zich, na de ervaringen van ons gezin, inspireren op pediatrie afdelingen die kinderen en hun ouders voor lange tijd opnemen. Misschien kan de gedachte van de ouderparticipatie zoals omschreven door de Nederlandse stichting Kind en Ziekenhuis een leidraad vormen: *'Het is belangrijk dat ouders en ziekenhuismedewerkers elkaar zien als teamgenoten. Als mensen die samen de zorg voor het kind hebben met respect voor elkaars verantwoordelijkheden en expertise.'*

Het EACH-manifest is op dit moment nog ver van de kinderpsychiatrische realiteit, maar ze is een overpeinzing waard...

LITERATUUR

- Gordon PH. Chemotherapy: a senior surgeon's personal challenge. *Dis Colon Rectum* 2018; 61: 275-8.
- Ise E, Görtz-Dorten A, Döpfner M. Reliability and validity of teacher-rated symptoms of Oppositional Defiant Disorder and Conduct Disorders in a clinical sample. *Psychopathology* 2014; 47: 312-8.
- Rodriguez-Meirinhos A, Antolin-Suarez L, Oliva A. Support needs of families of adolescents with mental illness: a systematic mixed studies review. *Arch Psychiatr Nurs* 2018; 32: 152-63.
- Souverein FA, van der Helm GHP, Stams GJM. 'Nothing works' in secure residential youth care? *Child Youth Serv Rev* 2013; 35: 1941-5.
- Tremmery S, de Decker A, De Hert M, De Varé J, Danckaerts M. Agressiebeleid op een forensische psychiatrische unit voor adolescenten; literatuuroverzicht en implementatie in de praktijk. *Tijdschr Psychiatr* 2012; 54: 797-806.

AUTEUR

SABINE TREMMERY, forensisch kinder- en jeugdpsychiater, systeemtherapeut, departement Neurowetenschappen, KU Leuven.

CORRESPONDENTIEADRES

Prof. dr. S. Tremmery, K&J-psychiatrie, Herestraat 49, B-3000 Leuven, België.
E-mail: bie.tremmery@uzleuven.be

Geen strijdige belangen meegegeeld.

TITLE IN ENGLISH

Admission to child and adolescent psychiatry: how do we provide for the right to a confidential advisor?