

Pleidooi voor autonomie- en herstelbevorderend werken in de kinder- en jeugdpsychiatrie

H.J. van Schaik, A.C.M. Pelzer

Samenvatting Wanneer een jongere op een High & Intensive Care Jongeren (HIC-J) wordt opgenomen, is er sprake van een ernstige psychiatrische crisis. Op een HIC-J werkt men autonomie- en herstelbevorderend. Dit beleid is gericht op herstel van jongeren, waarbij het leren begrijpen van hun eigen verhaal en het leren nemen van verantwoordelijkheid essentiële onderdelen zijn. Wij beschrijven in twee casussen de ervaringen van behandelaars en patiënten van deze afdeling om de kennis rondom dit beleid te vergroten. Het consequent doorvoeren van deze visie en werkwijze zal resulteren in een hoge kwaliteit van zorg, meer herstel en het terugdringen van drang- en dwanginterventies. Wij pleiten voor een breder gedragen uitvoering van het autonomie- en herstelbevorderend werken in Nederland.

Autonomie- en herstelbevorderend werken is een visie en werkwijze die de basis vormt binnen de High & Intensive Care Jongeren (HIC-J). Het HIC-model is binnen de volwassenenzorg ontwikkeld en bedoeld om langdurige opnames, vrijheidsbeperkende maatregelen en iatrogene schade zoveel mogelijk te voorkomen (van Mierlo e.a. 2013). Binnen de volwassenenpsychiatrie, en later ook binnen de kinder- en jeugdpsychiatrie, werd tot doel gesteld om de toepassing van drang- en dwanginterventies terug te brengen (GGZ-standaard 2020). Diverse onderzoeken beschrijven ervaringen van patiënten met dwangmaatregelen. Hierbij komen thema's naar voren zoals verlies van menselijke waardigheid, niet gehoord worden door behandelaars en gebrek aan respect (Newton-Howes & Muller 2011). Gevoelens die patiënten benoemen zijn angst, eenzaamheid en machteloosheid (Hoekstra e.a. 2004).

De Valk (2020) beschrijft hoe macht, structuur en dwang ook repressief gebruikt kunnen worden in residentiële jeugdzorginstellingen. Weerstand en demotivatie bij jongeren kunnen volgens haar de effectiviteit van de zorg in gevaar brengen. Op basis van ervaringen van patiënten, familie en professionals zijn kwaliteitscriteria voor drang en dwang opgesteld. Zo is samenwerking met de patiënt essentieel om kwaliteit van zorg te waarborgen (GGZ-standaard 2020). De essentie van autonomie- en herstelbevorderend werken is het bewerkstelligen van deze samenwerking en het voorkomen van een repressief beleid met drang en dwang. Herlaarhof (onderdeel van Reinier van Arkel) is één

van de HIC-J-afdelingen in Nederland. Het delen van de ervaringen van behandelaars en patiënten van deze afdeling, heeft als doel de kennis rondom autonomie- en herstelbevorderend werken te vergroten. Het consequent doorvoeren van dit beleid kan resulteren in een hoge kwaliteit van zorg en het voorkomen van ernstige psychiatrische aandoeningen (EPA). Daarnaast werd de reductie van drang- en dwanginterventies zichtbaar in de cijfers van Herlaarhof. Sinds april 2020 tot heden werd geen dwang (separatie, dwangbehandeling en noodmedicatie) toegepast (van Houtum-van Uden 2021). De HIC-J is ingericht om jongeren in de leeftijd van 12 tot 18 jaar vrijwillig of gedwongen op te nemen. De indicatie voor een opname is een ernstige psychiatrische crisis, waarbij intensieve ambulante hulp niet afdoende is om de regressie/negatieve spiraal te doorbreken. Het uiteindelijke doel van een opname is in het algemeen het hervinden van perspectief en eigen regie, om vervolgens ambulante begeleiding te (her)starten (Erkelens e.a. 2017). Cruciaal bij autonomie- en herstelbevorderend werken zijn: de interne motivatie van jongeren, het bewerkstelligen van samenwerking tussen jongeren, behandelaars en ouders, en het voorkomen van strijd. In de literatuur wordt het autonomie- en herstelbevorderend werken beperkt beschreven. Het beleid wordt slechts belicht binnen de context van bepaalde psychiatrische stoornissen, zoals de borderlinepersoonlijkheidsstoornis en anorexia nervosa (Dawson & MacMillan 1993, Hodge e.a. 2019). De literatuur gaat niet verder op crisisniveau, ongeacht de stoornis.

AUTEURS

Anne van Schaik, arts in opleiding tot psychiater (aios), specialistische jeugd-GGZ, Herlaarhof.

Anne Pelzer, kinder- en jeugdpsychiater, specialistische jeugd-GGZ, Herlaarhof.

Correspondentie

Anne van Schaik (h.van.schaik@reiniervanarkel.nl)

Geen strijdige belangen meegedeeld.

Het artikel werd voor publicatie geaccepteerd op 5-10-2021.

Citeren

Tijdschr Psychiatr. 2022;64(2):108-111

GEVALSBESCHRIJVINGEN

Patiënte A, een 16-jarige adolescente, was wegens suïcidaleit met een zorgmachtiging opgenomen op de HIC-J. Zij had een voorgeschiedenis met een aaneenschakeling van (deels gedwongen) klinische opnames binnen diverse psychiatrische instellingen. Wegens plaatsgebrek binnen de eigen regio werd ze bij ons opgenomen. Zij had een autismespectrumstoornis, posttraumatische stressstoornis en een borderlinepersoonlijkheidsstoornis, waarbij die laatste bij stress en groepsdynamiek het meeste op de voorgrond stond.

Op een avond deed zij een suïcidepoging door een auto-intoxicatie met paracetamol, waarvoor zij opgenomen werd in het ziekenhuis ter observatie en behandeling. Achteraf bleek dat ze de voorafgaande dag in diverse winkels paracetamol had gekocht en verzameld. Na ontslag uit het ziekenhuis keerde zij terug naar onze afdeling.

Bij terugkomst gingen de behandelaar en de groepsleiding met haar in gesprek. Over de inhoud van het gesprek werd van tevoren de volgende afweging gemaakt: we konden patiënte aanspreken op haar disfunctionele gedrag met consequenties in het kader van beperking van haar vrijheid, óf we konden naar haar uitspreken dat dit gedrag niet acceptabel was en dat wij verwachtten dat ze conform haar signaleringsplan de groepsleiding om ondersteuning zou vragen als het niet goed ging.

Vanuit autonomie- en herstelbevorderend werken kozen we voor het tweede. Hierop reageerde patiënte dat ze bij andere instellingen haar kamer hadden doorzocht en dat dit resulteerde in steeds 'gekker gedrag'. De daaropvolgende dagen vertoonde patiënte geen disfunctioneel gedrag meer en was zij, zoals voor de auto-intoxicatie, in samenwerking met de groepsleiding en behandelaars. De persoonlijke ervaring met het autonomie- en herstelbevorderend werken vanuit patiënte was als volgt: *'De eerste maanden binnen instellingen had ik weinig tot geen eigen regie, ik wist niet anders dan dat er constant afwe-*

gingen werden gemaakt over mijn veiligheid of behandel-motivatie.

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 om mijn tas te controleren, spullen af te pakken of strijd te voeren over bloedsuikers, 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 een overplaatsing, voelde ik me 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 na blijft denken over wat voor keuzes je maakt en of je daar goed aan doet.'

Patiënte B, een 17-jarige adolescente, werd wegens suïcidaleit vrijwillig opgenomen op de HIC-J. Zij had een autismespectrumstoornis, posttraumatische stressstoornis en stemmingsproblematiek en er was sprake van systeemproblematiek. Gedurende de dag waren haar spanningen opgelopen en 's avonds ging ze uit contact met de groepsleiding, waarbij zij destructief gedrag liet zien: hoofdbonken en met haar vuisten tegen de muur slaan. Daarnaast gooide ze spullen op de grond. De groepsleiding sprak haar op een rustige en directieve manier aan, zij spiegelden haar gedrag en relateerden dit aan hun verwachtingen. Men bood een ondersteunend gesprek aan waarbij de regie bij patiënte lag. Omdat patiënte geen toenadering zocht, bleef de groepsleiding oog houden voor patiënte en werd het aanbod na 15 minuten opnieuw uitgedragen.

Die avond 'vluchtte' patiënte de donkere tuin in en vanaf dat moment had niemand meer zicht op haar. De groepsleiding besprak onderling de mogelijkheid dat ze over het hek kon klimmen en van het terrein weg zou

rennen. Ondertussen werd er ook een collega van een andere groep gevraagd om mee te denken.

De afweging was als volgt: achter haar aan gaan om te controleren wat ze in de tuin deed óf vasthouden aan de boodschap die continu uitgedragen werd: 'wij zijn er voor je als je dat wilt'. In het kader van het autonomie- en herstelbevorderend werken kozen we voor dit tweede. Na 20 minuten ging de groepsleiding naar haar toe in de tuin. Toen bleken haar spanningen wat meer gezakt en kon ze in gesprek over wat ze nodig had om haar spanningen nog verder te laten zakken.

De persoonlijke ervaring met het autonomie- en herstelbevorderend werken vanuit patiënte was als volgt: *'Door het autonomie bevorderend beleid heb ik weer meer vertrouwen in mezelf gekregen. Nadat ik bijna 9 maanden alleen vrijheden onder begeleiding had gehad werd ik opeens losgelaten door het beleid. Dit heeft mij geholpen, maar het heeft zeker ook gevaarlijke situaties opgeleverd. Situaties waarin het nodig was geweest dat er eerder werd ingegrepen. Situaties waarin ik heel hard op m'n bek ben gegaan.*

De eerste dagen met dit beleid was ik bang en boos. Ik voelde me aan m'n lot over gelaten. Ik moest opeens zelf de goede keuzes gaan maken om mijn veiligheid te waarborgen, keuzes die al maanden voor me werden gemaakt. Het was eng. Eng om weer mijn veters terug te hebben, eng om weer alleen naar buiten te gaan. Eng maar waardevol.

De neiging om weg te lopen nam af, want ik wist dat ik toch wel naar buiten mocht. Hierdoor ging ik meer in de samenwerking. Ik mocht vallen en als het me niet (meer) lukte om zelf op te staan, werd ik ondersteund. Ik moest het zelf doen, maar niet alleen. Ik val nog steeds af en toe, maar vallen hoort erbij en het is pijnlijk, maar dan weer leren opstaan is zo waardevol.

Terugkoppeling door patiënte over het autonomie- en herstelbevorderend werken na overplaatsing naar de gesloten jeugdzorg: *'Op een gegeven moment kon ik niet meer binnen het beleid worden geholpen, omdat ik zo erg in een neerwaartse spiraal zat waarvan ik eigenlijk de bodem al had bereikt. Ik kon geen hulp meer vragen of accepteren, het lukte me allemaal niet meer. De basis van het autonomie bevorderend beleid (om hulp vragen) lukte mij niet meer, op dat moment was het nodig dat iemand het van mij overnam en dat vanuit daar verder werd gekeken.'*

BESPREKING

De overweging in casus A illustreert de bewuste keuze om geen strijd aan te gaan met patiënte. Dit om een kat-en-muisspel te voorkomen, waarbij de jongere het behandelteam te snel af wil zijn en openheid van zaken ontbreekt. De afweging bij casus B belicht wat het autonomie- en herstelbevorderend werken van het behandelteam vergt. Zodra patiënte buiten is, moet je als hulpverlening verdragen dat je geen controle hebt over haar mogelijke acties.

Het is belangrijk om je te realiseren dat elk individu te maken heeft met een 'cirkel van invloed' (Covey 1989).

Dit betekent dat je een grote invloed hebt op je eigen gedragingen, en maar een beperkte invloed hebt op de gedragingen van anderen. Mede vanuit de methodiek van geweldloos verzet is het noodzakelijk om vast te houden aan je eigen normen, waarden en verwachtingen. Door dit consequent uit te dragen, is het doel dat de ander hierin zal volgen (Omer 2004).

Het maken van een risicotaxatie binnen het autonomie- en herstelbevorderend werken is belangrijk. Dit wordt, ongeacht de leeftijd, in een gesprek met zowel de jongere als met de ouder(s) gedaan. Het idee kan heersen dat we van iemand die 'klem' zit en zelf geen uitweg ziet, geen zelfregie en verantwoordelijkheid kunnen/mogen vragen. De betrokkenheid van de ouder(s) is van belang, enerzijds in de consequente uitvoering van het beleid en anderzijds om te beoordelen of de risico's van het beleid geaccepteerd worden. Het gaat om risico's zoals agressie of boosheid die kunnen ontstaan door de moeilijkheden die jongeren tegenkomen in het doorbreken van patronen en aanleren van ander gedrag, toename van aangeleerde copingstrategieën zoals dwanghandelingen of verwondingen door automutilatie, en een geslaagde suïcide. Deze risico's dient men in het perspectief van de korte en lange termijn te plaatsen.

Vanuit de literatuur is er geen bewijs voor een mogelijk therapeutisch effect van dwang, zoals afname van agressie (Prinsen & van Delden 2009; GGZ-standaard 2020). Daarnaast is er geen tot weinig bewezen effectiviteit voor het op korte termijn beheersen van verstoring en/of gewelddadig gedrag door middel van vrijheidsbeperkende maatregelen (Nelstrop e.a. 2006; GGZ-standaard 2020). Wel kan het de reeds besproken nadelige gevolgen hebben, zelfs met de dood tot gevolg. Vanuit het autonomie- en herstelbevorderend werken ziet men vrijheidsbeperkende maatregelen dan ook als schijnveiligheid. Dit maakt dat de risico's van een autonomie- en herstelbevorderende werkwijze doorgaans niet groter zijn dan die van een repressief beleid.

Soms wordt het kortetermijnrisico vanuit autonomie- en herstelbevorderend werken te groot. Dit is bij casus B de reden geweest om patiënte over te plaatsen naar een 'zeer intensieve kortdurende observatie en stabilisatie' (ZIKOS)-afdeling binnen de gesloten jeugdzorg. ZIKOS valt onder JeugdzorgPlus, met expertise op het gebied van orthopedagogiek en acute psychiatrie. Door het inzetten van intensieve begeleiding voor veiligheid en stabiliteit streeft men ernaar het perspectief en de autonomie van de jongeren te herstellen.

Toekomst

Het autonomie- en herstelbevorderend werken vormt een cruciaal onderdeel in de doorontwikkeling van de HIC-J-methodiek. Uit de praktijk blijkt dat het visie, standvastigheid, vertrouwen en samenwerking vraagt om een dergelijk beleid goed te implementeren. Training en consultatie zijn mogelijkheden om andere instellingen en afdelingen in dit proces te helpen. Deze moeten nog ontwikkeld worden. De training Geweld-

loos Verzet, toegespitst op residentiële afdelingen, kan een waardevol onderdeel zijn. Wat betreft consultatie kan men denken aan een second opinion op de huidige opname afdeling of (tijdelijke) overname van de patiënt door een andere instelling.

CONCLUSIE

Wij pleiten voor een breder gedragen uitvoering van het autonomie- en herstelbevorderend werken in Nederland, zowel vanuit behandelaars als vanuit patiënten. Het herwinnen van motivatie, zelfrespect, regie en verantwoordelijkheid bij de jongeren staat centraal bij deze werkwijze. Om dit te bereiken moeten de jongeren, hun ouder(s) en hulpverleners de risico's van het autonomie- en herstelbevorderend werken dragen. Dit met het uiteindelijke doel om herstel te bevorderen, perspectief te creëren en drang en dwang te voorkomen.

LITERATUUR

- Covey SR. The seven habits of highly effective people. Free Press; 1989.
- Dawson D, MacMillan HL. Relationship management of the borderline patient. New York: Brunner/Mazel; 1993.
- Erkelens PA, Herpers PCM, Steenmeijer J, e.a. High & intensive care voor jongeren (HIC-J) visie en ervaringsdocument. Expertisenetwerk Kinder- en Jeugdpsychiatrie; 2017. <http://hic-psy.nl/wp-content/uploads/2017/12/Visiedocument-HIC-J-def..pdf>

- GGZ-standaarden. Generieke module dwang en drang. https://www.ggzstandaarden.nl/uploads/pdf/project/project_29a4e49f-834b-455e-8463-bd27eb5f144f_dwang-en-drang__authorised-at_21-02-2019.pdf
- Hoekstra T, Lendemeijer HHGM, Jansen MGMJ. Seclusion: the inside story. J Psychiatr Ment Health Nurs 2004; 11: 276-83.
- Houtum-van Uden M van. Herlaarhof paste bij suicidale kinderen jaar geen isoleercel, dwangbehandeling en noodmedicatie toe: 'Als eerste jeugd-ggz in Nederland'. Brabants Dagblad; 2012, 13 april. <https://www.bd.nl/den-bosch-vught/herlaarhof-paste-bij-suicidale-kinderen-jaar-geen-isoleercel-dwangbehandeling-en-noodmedicatie-toe-als-eerste-jeugd-ggz-in-nederland-a9121303/>
- Mierlo T van, Bovenberg F, Voskes Y, e.a. Werkboek HIC: High en intensive care in de psychiatrie. Utrecht: De Tijdstroom; 2013.
- Nelstrop L, Chandler-Oatts J, Bingley W, e.a. A systematic review of the safety and effectiveness of restraint and seclusion as interventions for the short-term management of violence in adult psychiatric inpatient settings and emergency departments. Worldviews Evid Based Nurs 2006; 3: 8-18.
- Newton-Howes G, Mullen R. Coercion in psychiatric care: systematic review of correlates and themes. Psychiatr Serv 2011; 62: 465-70.
- Omer H. Nonviolent resistance. A new approach to violent and self-destructive children. Cambridge University Press; 2004.
- Paquin Hodge C, Gauvin L, St-Hilaire A, e.a. A naturalistic comparison of two inpatient treatment protocols for adults with anorexia nervosa: Does reducing duration of treatment and external controls compromise outcome? Int J Eat Disord 2019; 52: 1015-23.
- Prinsen EJD, van Delden JJM. Can we justify eliminating coercive measures in psychiatry? J Med Ethics 2009; 35: 69-73.
- Valk S de. Repressie in residentiële jeugdzorginstellingen. TvO 2020; 1.

SUMMARY

Plea for a work policy aiming autonomy and recovery in child and adolescent psychiatry

H.J. van Schaik, A.C.M. Pelzer

When a child or adolescent is admitted to a High & Intensive Care (HIC) unit for adolescents, this implies that they find themselves in a severe psychiatric crisis. The work policy aiming autonomy and recovery is a vision that has been implemented in the treatment method at the HIC unit for adolescents. This policy focuses on the recovery of young people, in which learning to understand their own story and learning taking responsibility, are essential components. Sharing these experiences from doctors and patients aims to increase knowledge about this policy. The consistent implementation of this vision and method will result in high-quality care, more recovery and reduction of urge and coercive interventions. Calls are made for a broad-based implementation of a work policy aiming autonomy and recovery in the Netherlands.