

## REACTIE OP

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

In het Redactioneel in het meinummer van dit tijdschrift breekt collega Tremmery (2018) een lans voor het meer betrekken van vertrouwenspersonen binnen kinder- en jeugdpsychiatrische opnames. Het blijkt namelijk dat in 75% van de afdelingen in Vlaanderen ouders hun kind tijdens een opname niet dagelijks kunnen zien. Dit is in contrast met het therapeutisch belang, maar ook met het welzijn van kind en ouders. Zij benadrukt daarom het belang van het intensief betrekken én ondersteunen van ouders tijdens de klinische opname van hun kind. Hierbij is een open en veilig leefklimaat essentieel, waarbij ouders en behandelaars elkaar idealiter zien als teamgenoten. Deze boodschap ondersteunen wij van harte en deze kan niet genoeg onder de aandacht gebracht worden.

In Nederland is de afgelopen jaren het beddenaantal voor kinderen en jeugdigen met psychiatrische problematiek verminderd en werkt men toenemend met intensieve opnamevervangende behandeling in de thuissituatie. Hierbij worden ouders nu intensief betrokken, daar waar zij in het verleden (bij opname van hun kind) eerder buitengesloten werden. Echter, ook bij jongeren die wel opgenomen worden, zoekt men in toenemende mate naar mogelijkheden om ouders te betrekken bij de opname. Zo werken sinds 2013 verschillende kinder- en jeugdpsychiatrische crisisopnameafdelingen met rooming-in. Het betrekken van ouders tijdens opname van hun kind is daarmee een belangrijk uitgangspunt geworden van het zorgaanbod.

Dit uitgangspunt is voor een belangrijk deel gebaseerd op behandelinhoudelijke redenen. Ouders worden gezien als sleutelfiguren in het tot stand brengen van verandering binnen het gezin, ervan uitgaande dat er herstel van vertrouwen, en daarmee van hechtingsrelaties, dient plaats te vinden tussen jongere en ouders om te komen tot duurzame veranderingen op de (middel)lange termijn (Bosmans 2016). Dit betreft niet alleen vertrouwen in behandeling (dat jongeren vaak kwijt zijn), maar boven alles vertrouwen in ouders en vice versa.

Binnen onze eigen crisisopnameafdeling (High & Intensive Care Jeugd, Karakter, locatie Nijmegen) hebben wij rooming-in vertaald naar actieve participatie van ouders in de behandeling. Voor het aangaan van een vrijwillige opname geldt sinds 2014 de verplichting dat minstens één van de ouders minimaal de eerste twee nachten van de opname mee op de afdeling verblijft. In voorkomende gevallen kan dit overigens ook een ander familielid/

## LITERATUUR

- Bosmans G. Cognitive behaviour therapy for children and adolescents: can attachment theory contribute to its efficacy? *Clin Child and Family Psychol Rev*, 2016; 19: 310-28.
- Gemeente Nijmegen. Maatschappelijke business case Transformatie in de Jeugd-GGZ. 2015.
- Muskens JB, Herpers PCM, van Velthuysen M, van Deurzen P, Lahuis BE, van der Gaag RJ. Intensieve thuisbehandeling van jongeren in crisis: behandel ouders mee bij 'psychiatrische' adolescenten. *Ned Tijdschr Geneesk* 2015; 159: A8280.
- Pelzer ACM, Herpers PCM, Steenmeijer J, Grootens KP, Staal WG, van Lankveld G. High & Intensive Care Jeugdpsychiatrie: werkzame factoren. Poster gepresenteerd tijdens het Voorjaarscongres 2018 NVVP, Maastricht.
- Tremmery S. Opname in de kinder- en jeugdpsychiatrie: hoe voorzien we in het recht op een vertrouwenspersoon. *Tijdschr Psychiatr* 2018; 60: 294-5.

## AUTEURS

**PIERRE HERPERS**, kinder- en jeugdpsychiater, manager behandelzaken Intensief Behandelcentrum (IBC) Jeugd, Karakter, locatie Nijmegen.

**JOSINE VAN DEN MEIJENBERG**, kinder- en jeugdpsychiater, manager behandelzaken IBC Kind, Karakter, locatie Nijmegen.

**WOUTER STAAL**, hoogleraar Klinische kinder- en jeugdpsychiatrie, Radboudumc, Nijmegen.

## CORRESPONDENTIEADRES

Dr. P.C.M. Herpers, Karakter, Reinier Postlaan 12, 6525 GC Nijmegen.

E-mail: p.herpers@karakter.com

Geen strijdige belangen meegedeeld.

## TITLE IN ENGLISH

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



opvoeder zijn. De reden hiervoor is dat in 90-95% van de gevallen binnen onze afdeling, naast de psychiatrische problematiek van de jongere zelf, sprake is van ernstige relationele problematiek tussen ouders en jongere. De eerste resultaten van deze benadering zijn bemoedigend (Muskens e.a. 2015) en lijken ook een duurzaam effect te hebben (Pelzer e.a. 2018). Financieel-maatschappelijk lijken de eerste resultaten ook positief (Gemeente Nijmegen 2015).

Onze klinische ervaring leert dat ouders in eerste instantie vaak huiverig, zo niet negatief tegenover onze regel staan, maar uiteindelijk verblijven veel ouders veelvuldig op de afdeling. In minder dan 1% van de opnameverzoeken gaat een opname niet door omdat ouders of de jongere die aanwezigheid van de ouders zelf niet willen. Tijdens opname echter geven ouders aan zich gesteund te voelen en zelf tot rust te komen. Belangrijk om te vermelden is dat juist bij jongeren die langdurig op onze afdeling zijn opgenomen (2 weken tot 6 maanden) ouders toch veelvuldig op de afdeling aanwezig zijn.

Binnen onze klinische opnameafdeling voor kinderen in de basisschoolleeftijd, 5 tot en met 12 jaar (Intensief Behandelcentrum Kind, Karakter, locatie Nijmegen), is gebleken dat in 95% van de casuïstiek één of beide ouders zelf een psychiatrische diagnose hebben. Veiligheid in het gezin is regelmatig een issue. Participatie van ouders binnen een kliniek vraagt derhalve een vorm die aansluit bij de mogelijkheden, maar waarbij men ook rekening houdt met de beperkingen van de ouders in combinatie met die van het kind. Dit bespreken en bepalen we per gezin met de ouders en varieert van rooming-in tot aanwezigheid van ouders gedurende een dagdeel per week. Gedurende de opname bieden we tevens intensieve psychiatrische gezinsbehandeling thuis aan ouders.

Al met al is binnen Nederland in de afgelopen jaren de klinische zorg afgenomen, met een uitbreiding van intensieve behandeling binnen de gezinscontext. Van ouders wordt een actieve participatie in de behandeling verwacht, ongeacht de psychiatrische diagnose. Daarbij gaat het niet alleen om ondersteuning van de jongere, maar ook van de ouders. Verder wetenschappelijk onderzoek is echter noodzakelijk om zicht te krijgen op de effectiviteit en op de werkzame factoren van deze interventie. Onderzoek dient zich daarbij te richten op ouderparticipatie tijdens opname van zowel kinderen (tot en met 11 jaar) als jeugdigen (vanaf 12 jaar). Verdere afstemming tussen zorgaanbieders in Nederland en België is wenselijk om zodoende toe te werken naar een gezamenlijk gedragen beleid dat leidt tot verdere verbetering van zorg aan jongeren én hun ouders.

## ANTWOORD AAN

### Herpers, Van den Meijdenberg en Staal

Eerst wil ik mijn waardering uitdrukken voor de reactie van collega's Herpers e.a. op mijn redactioneel, waarmee zij het belang van een vertrouwenspersoon bij een psychiatrische opname van het kind of de jongere onderschrijven. Zij lichten de praktijk van hun eigen crisisopnameafdeling toe waar zij ouders om belangrijke behandelinhoudelijke redenen bij de start van de opname volgens het rooming-inconcept bij de behandeling betrekken. Ook in Genk (C. Klockaerts) bestaat een dergelijke gezinsgerichte unit met bijhorend behandelprogramma. Hoewel men bij Karakter ouders slechts vraagt om bij aanvang minimaal 48 uur bij het opgenomen kind te blijven, stellen de behandelaars vast dat gedurende de hele opname de participatie van ouders verhoogd blijft. Bij de jongeren die na deze crisisopname een langdurige opname kennen (2 weken tot 6 maanden), merken ze op dat ouders veelvuldig op de afdeling aanwezig zijn. De afdeling maakt het in haar concept en organisatie dan ook mogelijk dat ouders in deze vorm kunnen participeren.

Bij de voorbereiding van deze reactie overlegde ik met Herpers. Hierbij bleek dat het concept van 'het recht op een vertrouwenspersoon' vrij snel ingevuld wordt als 'de uitbouw van een gezinstherapeutische unit', waarbij ouders ook behandeling krijgen aangeboden. Men zou het redactioneel misschien kunnen zien als kritiek op een te beperkt oudertherapeutisch aanbod, wat niet de bedoeling was.

Daarom is het belangrijk om het concept in dit antwoord verder te verduidelijken. Het 'recht op een vertrouwenspersoon' gaat niet uit van een behandelvisie, maar van een supportgedachte waarbij het kind centraal staat. Het wil een antwoord bieden naar het kind om de breuk die de opname veroorzaakt zo klein mogelijk te maken en zo veel mogelijk vertrouwde elementen uit de leefwereld van het kind in de opname te implementeren.

Door de ziekte van ons kind verbleven wij gedurende verschillende maanden voor kortere, maar ook langere tijd op de ic, op een behandelafdeling en een quarantaineafdeling en dit telkens in een rooming-informule. Ik was er getuige van hoe traumatiserend en beangstigend een opname in alle levensdomeinen kan zijn. Maar ook hoe kleine veranderingen zoals een nieuwe verpleegkundige, een verandering in de ziekenhuisschool of in het weekmenu, bij een heropname op een bekende afdeling, ons kind van streek maakten.

Het heeft mij laten inzien dat ook op onze psychiatrische afdelingen kinderen en jongeren dezelfde stress ervaren. Waarschijnlijk staan we als behandelaars nog te weinig stil bij wat het vraagt van kwetsbare kinderen en jongeren, met ernstige acute psychiatrische problemen, om zich gedurende een opname aan te passen aan het residentiële leven in een leefgroep. Momenteel neemt men op de meeste afdelingen in Vlaanderen en Nederland nog steeds de dagelijkse orthopedagogische zorg van de ouders over en vertrouwt deze toe aan leefgroepwerkers of verpleegkundigen.

De kinderpsychiatrie zou hierin eenzelfde beweging moeten maken als de pediatrie afdelingen. Tegen het einde van de vorige eeuw zijn bijna alle pediatrie afdelingen getransformeerd van afdelingen met gemeenschappelijke kamers, waar kinderen aten en speelden in een leefgroep, naar afdelingen met individuele rooming-infaciliteiten en een aanvullende infrastructuur met een speelruimte, keuken, enz. Het charter van de European Association for Children in Hospital (EACH) was een belangrijke katalysator om ook op hoog technologische en medisch complexe afdelingen, zoals intensievecare- of quarantaine-afdelingen, te gaan nadenken over hoe dit recht te implementeren.

Recent kwam in Vlaanderen een Zweeds model onder de aandacht, waar extreem vroege prematuren enkel nog 's nachts in een couveuse verblijven, en overdag uitsluitend kangoeroezorg van de ouders krijgen. Waarom haalt dit denkkader binnen onze residentiële zorg niet dezelfde boventoon?

De implementatie van het recht op een vertrouwenspersoon hoeft niet noodzakelijk samen te gaan met een behandelprogramma voor ouders of gezin. Het aanbieden van een dergelijk zorgprogramma blijft ook bij rooming-in een onderdeel van de indicatiestelling. In het vertrouwenspersoon-concept staan - in het belang van het kind - de betrokkenheid en de continuïteit in de ouderlijke zorg gedurende de opname centraal. De benadering van Herpers uit Nijmegen en Klockaerts uit Genk laat zien dat het idee toch op bepaalde plaatsen vorm krijgt en kan ons misschien op weg helpen om artikel 2, 'het recht op een vertrouwenspersoon bij alle momenten in een opname', van het EACH-charter, ook in *alle* kinderpsychiatrische afdelingen te implementeren. De nu ontstane discussie toont in ieder geval aan dat het belangrijk is om de ervaringen samen te brengen. Ik vertrouw dat ook anderen dit traject verder willen verkennen.

#### 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](mailto:bie.tremmery@uzleuven.be)