

KINDEREN

Robert Vermeiren

voorzitter NVvP afdeling Kinder- en Jeugdpsychiatrie, hoogleraar kinder- en jeugdpsychiatrie / directeur patiëntenzorg Curium-

LUMC, hoogleraar forensische kinder- en jeugdpsychiatrie VUMC

Chaim Huyser

bestuurslid afdeling Kinder- en Jeugdpsychiatrie NVvP, kinder- en jeugdpsychiater, geneesheer-directeur, de Bascule, Amsterdam

BEZUINIGINGEN ZETTEN DE KWALITEIT ONDER DRUK

Kinder- en jeugdpsychiatrie volop in transitie

Kinderen die psychiatrische hulp nodig hebben, hebben dat vaak als puber en volwassene ook. Continuïteit van zorg is daarom cruciaal. De vorig jaar ingevoerde transitie van jeugdhulp heeft dit, hoewel er ook pluspunten zijn, een stuk moeilijker gemaakt.



ISTOCKPHOTO

Sinds 1 januari 2015 zijn de 390 gemeenten van Nederland individueel verantwoordelijk voor alle jeugdhulp, dus ook voor alle kinder- en jeugdpsychiatrie. Deze operatie gaat gepaard met een bezuiniging van 15 procent. Voor de kinder- en jeugdpsychiatrie valt die nog veel hoger uit, omdat veel gemeenten het gebruik van 'dure' specialistische zorg willen verminderen. De staatssecretaris heeft wel enkele garanties gegeven voor kinderen die specialistische zorg behoeven. De belangrijkste zijn:

- De mogelijkheid om door te verwijzen. Elke huisarts, jeugdarts en medisch specialist mag doorverwijzen naar eender welke vorm van jeugdhulp. De gemeente mag daar op geen enkele manier tussenkomen.
- De WGBO blijft gehandhaafd voor medische zorg, dus kinder- en jeugdpsychiatrie. Daarmee zijn patiëntenrechten gegarandeerd.

Maar hoewel de transitie ook voordelen heeft, is de bezuiniging een grote zorg, en zijn er inhoudelijke knelpunten.

Risicokinderen herkennen

Het is van groot belang dat voldoende wordt geïnvesteerd in kinder- en jeugdpsychiatrie. Immers, als de ontwikkeling vroeg hapert, dan is de kans groter dat dit consequenties heeft op de langere termijn. Het overgrote deel, maar liefst driekwart, van volwassenen met een ernstige psychiatrische stoornis had al problemen op minderjarige leeftijd.¹ In de eerste levensjaren wordt de basis gelegd voor het gehele verdere leven. Een kind prent dan in wat het later nodig heeft: op cognitief, maar ook op sociaal-emotioneel gebied. Bij het grootste deel van de kinderen verloopt dat proces gelukkig voorspoedig. Maar bij een niet gering aantal, ongeveer 15 procent, loopt dit niet gunstig.² Meestal is dit weliswaar mild en tijdelijk. Ernstige problemen zien we echter bij ongeveer een derde van deze groep, dus bij één op de twintig kinderen. Zij

functioneren slecht, vallen buiten de boot: thuis loopt het mis, ze maken geen vriendjes, op school gaat het niet goed en ze slagen er niet in hobby's te ontwikkelen.

De meest voorkomende problemen op jonge leeftijd zijn de gedragsproblemen. Vanaf de 10-jarige leeftijd neemt de last door psychische stoornissen enorm toe.³ Dit alles pleit voor een vroege herkenning en aanpak. Maar herkennen welke kinderen en jongeren problemen zullen blijven vertonen is niet eenvoudig. Een veel groter aantal dan de eerder genoemde 15 procent vertoont ooit tijdelijk problemen. Niet zelden zijn tijdelijke

problemen dermate ernstig dat ze niet te onderscheiden zijn van die van kinderen die last zullen blijven houden. De uitdaging is het herkennen van risicokinderen zonder te veel risico te zien. Onnodige behandeling is immers niet zonder gevaar en zorgt ervoor dat middelenodeloos ingezet worden.

Onderscheid maken tussen tijdelijke problemen en problemen die de ontwikkeling blijvend zullen verstoren vergt klinische ervaring en grondig diagnostisch onderzoek. De kinder- en jeugdpsychiater is er om te kijken welke individuele en contextuele factoren een rol spelen en hoe het functioneren hersteld kan worden.

KINDER- EN JEUGDPSYCHIATER

Een belangrijk onderdeel van het werk van de kinder- en jeugdpsychiater is de beoordeling of problemen waarvoor een kind wordt verwezen, beschouwd moeten worden als afwijkend gedrag of passen bij de voor de leeftijd normale variant van de ontwikkeling.

Over de loop van de eerste levensjaren neemt het aantal connecties van elke hersencel toe van 2500 naar 15.000. Vervolgens volgt een snoeiproces dat de connecties reduceert naar het eerdere aantal. Dit gebeurt niet zomaar, maar onder invloed van ervaringen uit de omgeving.

Het gezin, de verdere familie, de school, de buurt, iedereen om het kind is in meerdere of mindere mate bepalend voor de ontwikkeling van een kind. Bij kinderen die in het kader van een psychiatrische stoornis disfunctioneren, horen ook de hulpverleners daarbij.

De kinder- en jeugdpsychiatrie is dus een vak waar biologie en omgeving hand in hand gaan.

De behandelingen die uitgevoerd worden door een kinder- en jeugdpsychiater kunnen bestaan uit zowel sociale, psychologische als medische interventies zoals psychotherapie of medicatie waarbij regelmatig ook school of het hele gezin betrokken wordt.

Hoe complexer en ernstiger de psychische problemen zijn – bijvoorbeeld bij gevaar van zelfdoding of ernstig onregelmatig en vreemd gedrag door een psychose – hoe meer de kinder- en jeugdpsychiater betrokken moet worden.

Deze is als enige bekwaam om te beoordelen of en welke medicatie kan worden voorgeschreven bij psychische problemen van kinderen. Ook heeft hij de bevoegdheid te onderzoeken of in specifieke situaties dwangmaatregelen noodzakelijk zijn, bijvoorbeeld door een geneeskundige verklaring voor een gedwongen psychiatrische opname af te geven. De kinder- en jeugdpsychiater heeft zowel kennis van psychische problemen van kinderen, als van psychische problemen bij ouders. Dit is van grote meerwaarde om de draagkracht en draaglast van ouder(s) en het gezin in te kunnen schatten, en in het verlengde daarvan de benodigde zorg.

WETENSCHAPPELIJK ONDERZOEK EN KENNIS

Nederland bekleedt internationaal een toppositie wat betreft onderzoek in de kinder- en jeugdpsychiatrie. De laatste jaren is het aantal publicaties met een factor 8 tot 10 toegenomen. Zie bijv. het themanummer kinder- en jeugdpsychiatrie op www.tijdschriftvoorpsychiatrie.nl

Reeds meerdere jaren werkte de kinderpsychiatrie aan het verbeteren van de kwaliteit van zorg. Dit gebeurt niet enkel binnen de afdeling kinder- en jeugdpsychiatrie van de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie, maar ook in het kenniscentrum kinder- en jeugdpsychiatrie. Per stoornis zijn op de website van het kenniscentrum best practices te vinden; www.kenniscentrumkjp.nl

Met de transitie van de jeugdzorg mag deze functie niet in de knel komen.

Knelpunten transitie

Er zitten zeker positieve kanten aan de transitie. Hierdoor wordt de zorg namelijk dichterbij de gezinnen georganiseerd. Een deel van de bezuinigingen wordt namelijk besteed aan wijkteams. En dat is goed te merken: gezinnen die problemen ervaren op meerdere vlakken krijgen zorg die beter afgestemd is. Dit helpt de kinder- en jeugdpsychiatrie om zorg te laten aansluiten. Als de regiefunctie goed is belegd bij de wijkteams, dan merken we een betere coördinatie. Het gesprek met gemeenten verloopt op inhoudelijk vlak vaak erg goed.

Maar er worden ook belangrijke knelpunten ervaren. Zoals:

- Bureaucratie: elke regio, soms elke gemeente, zet zijn eigen administratie op. Instellingen die in meerdere regio's werkzaam zijn moeten hierdoor verschillende werkwijzen hanteren.

- Inhoudelijke versnippering: hoe zorg verleend wordt, in het bijzonder de toegang, verschilt per regio en gemeente.
- Beperking van keuze: artsen zijn verplicht te verwijzen naar zorg die de gemeente heeft ingekocht, wat de opties vaak erg beperkt.
- Privacy-inbreuken: gemeenten vragen artsen vaak gegevens waar ze geen recht op hebben.
- Overgang 18-/18+: door verschillen tussen gemeenten en zorgverzekeraars is het niet zeker dat een kind op zijn 18e dezelfde zorg kan krijgen. De overgang gaat met administratieve last gepaard (bijvoorbeeld) een nieuwe verwijzing en aanvraag bij zorgverzekeraars).

Omdat deze kinderen dikwijls ook later nog problemen hebben, is de transitie een belemmerende factor voor continue zorg, en bemoeilijkt de overgang naar de volwassenheid. In het licht van de ontwikkeling van een kind is de plotse overgang naar de volwassenheid een

bijzondere. Ineens wordt een individu verantwoordelijk voor zichzelf, mag er gestemd worden, moet er een zorgverzekering worden afgesloten. Omdat die overgang bij uitstek voor mensen met een psychiatrische stoornis complex is, moet zowel de kinderpsychiatrie als de volwassenenpsychiatrie hier juist meer aandacht aan besteden. Kinderen en jongeren met psychische problemen hebben recht op professionele diagnostiek en gepaste hulp. Maar de continuïteit van zorg voor deze groep is met de transitie in gevaar gekomen.

Hoewel de transitie reeds ruim een jaar een feit is, is het moeilijk een scherp beeld te krijgen. Door de decentralisatie is er versnippering opgetreden. De regionale verschillen zijn enorm. Voor een specialistisch vakgebied als de kinderpsychiatrie is het noodzakelijk dat er binnen die verscheidenheid tegelijk meer duidelijkheid komt. Landelijke en bovenregionale kaders zijn noodzakelijk, zodat zorg voor alle kinderen die dat nodig hebben gehandhaafd blijft en de continuïteit van zorg bij de overgang van kind naar volwassene gegarandeerd is. ■

De auteurs schreven dit artikel namens de afdeling Kinder- en Jeugdpsychiatrie van de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie (NVvP).

contact

R.R.J.M.Vermeiren@curium.nl
cc: redactie@medischcontact.nl

web

Voetnoten vindt u bij dit artikel op medischcontact.nl