



gezond
opgroeien

e-magazine • september 2020

de Nederlandse ggz draagt bij aan gezond en veilig opgroeien van kinderen

Peter Dijkshoorn: “Blijf voor die hoge doelen gaan!”

Inhoud

1. Voorwoord

4

Nellieke de Koning

“De jeugdhulp komt echt stappen verder door kennis op de juiste plekken in te zetten.”



2. Zero suicide

6



Daan Creemers & Arne Popma

Suïcidepreventie is topsport

3. Beter worden doe je thuis

10

Pierre Herpers, Douwe Nauta & Anne Oosterling

Al lerend de thuisbehandeling verbeteren



4. Stop kindermishandeling

13



Femy Wanders & Robert Vonk

Betrek het complete gezin bij de behandeling

5. Eetstoornissen

17

Marinda Koopmans & Irene Koomen

**Op de bres voor
ketenaanpak complexe
eetstoorniszorg**



6. eHealth

20



Kirstin Hauber & Inger-Elze de Langen

**Digitaal behandelen
vervangt face to face
contact niet**

7. Afscheid Peter Dijkshoorn

23

Peter Dijkshoorn

**“Blijf voor die hoge doelen
gaan.”**



Colofon

27

Voorwoord

Nellieke de Koning, bestuurder Levvel (voorheen Spirit/de Bascule)

De geestelijke gezondheidszorg is de laatste jaren sterk in ontwikkeling. De Nederlandse ggz stimuleert deze ontwikkeling met haar nieuwe organisatiestructuur, waarin in netwerkverband en waardegedreven wordt gewerkt aan ambitieuze maatschappelijke doelen. Als voorzitter van het waardenetwerk ‘Gezond Opgroeien’ zie ik mooie stappen die worden gezet. In dit e-magazine leest u over belangrijke trends in de jeugd-ggz.

“De jeugdhulp komt echt stappen verder door kennis op de juiste plekken in te zetten.”



Zo thuis mogelijk opgroeien

Zo staan we als netwerk samen achter een krachtige inhoudelijke visie: ‘zo thuis mogelijk opgroeien’. Dat betekent dat je er vroeg bij moet zijn voor kinderen met psychische problemen. Je wilt voorkomen dat het kind van de één naar de ander wordt verwezen als het ingewikkeld wordt. Je wilt dat je de expertise naar het kind en het gezin brengt, in plaats van andersom. Dat is niet altijd makkelijk. Je moet elkaar goed kunnen vinden vanuit verschillende expertisegebieden, maar je hebt soms ook de expertise vanuit de volwassenenpsychiatrie nodig of vanuit het onderwijs. Dat gaat niet vanzelf. Het helpt als je elkaar kent. →

Leren en verbeteren

Hoe werk je goed samen? Door van elkaar te leren en steeds te verbeteren. Dat vraagt om een nieuwsgierige houding. Er is al veel kennis, vanuit de wetenschap, vanuit de praktijk en van ervaringsdeskundige jongeren en ouders. Als we weten waar we naartoe werken, en de juiste kennis goed beschikbaar maken, komen we echt verder. Het is inspirerend om vanuit het waardenetwerk 'Gezond Opgroeien' op inhoudelijke thema's die stappen te maken. Zero suïcide, stoppen met kindermishandeling; het zijn thema's waar we elkaar bij nodig hebben om tot oplossingen te komen.

**“Als we weten waar we naartoe werken,
en de juiste kennis goed beschikbaar
maken, komen we echt verder.”**

Netwerkjeugdhulp

Een belangrijke trend is dat jeugdhulp zich steeds nadrukkelijker organiseert in netwerken, en optrekt met andere sectoren. Als je denkt in netwerken, dan weet je sneller expertises aan elkaar te verbinden. Zo kom je tot werkzame oplossingen. De diversiteit van de problematiek is enorm. De oplossing is dus niet 'one size fits all'.

Samen naar nul

Daarbij is het cruciaal om hoge ambities te blijven stellen. Peter Dijkshoorn, die nu afzwaait als bestuurder van Accare en portefeuillehouder van het waardenetwerk in het bestuur van de Nederlandse ggz, is hierin een voorbeeld geweest voor het jeugdveld. De beweging naar nul separaties, nul uithuisplaatsingen, nul suïcides en nul kindermishandeling is echt in gang gezet. Door gezamenlijk de lat hoog leg te leggen, wordt het ook vanzelfsprekend om met elkaar te werken aan die doelen. Levvel is nu één organisatie met expertise vanuit de academische kinder- en jeugdpsychiatrie, jeugd- en opvoedhulp en zorg voor licht verstandelijk beperkten. We zijn er in geslaagd te stoppen met separeren binnen de gesloten jeugdzorg. Nul separaties, dat vind ik een enorme prestatie van alle betrokken medewerkers. Dat kan je alleen bereiken als je kennis goed inzet en zegt: “dit zijn onze jongeren, we gaan het echt met elkaar doen”.

We nodigen iedereen uit om er samen de schouders onder te zetten.
We gaan ervoor!

Nellieke de Koning
Raad van Bestuur Levvel en Voorzitter van het Waardenetwerk Gezond opgroeien
van de Nederlandse ggz

Zero suïcide

Suïcidepreventie is topsport in teamverband



Klinisch psycholoog Daan Creemers van GGZ Oost Brabant en hoogleraar kinder- en jeugdpsychiatrie Arne Popma bij Amsterdam UMC over de effecten van het onderzoek naar suïcide onder jongeren.

Een terugblik op het onderzoek uit 2018 roept bij Arne Popma en Daan Creemers direct een associatie op met de opmars van voetbalclub Ajax in Europa. Niet enkel omdat ze zulke grote voetbalfans zijn, maar omdat het elftal van toen sterke overeenkomsten vertoont met hun onderzoeksteam: onverzettelijk is met weinig middelen een bijzondere prestatie geleverd. Met effect. De aandacht voor suïcidepreventie bij jongeren groeit.

Aanleiding was de plotselinge piek in het aantal zelfdodingen onder jongeren. “Daar schrok ik van”, weet Popma nog. In de jaren daarvoor lag het aantal rond de 50, in 2017 steeg het ineens naar 81. “Die suïdecijfers worden pas in de loop van het volgende jaar bekend. Dat is laat. Je tast in het duister over wat de oorzaak is. En welk effect je beleid heeft op die cijfers. We moeten hier beter grip op krijgen.” →

Psychologische autopsie

Die urgentie zag ook het ministerie van VWS. Binnen een aantal weken werd het startsein gegeven voor een kwalitatief onderzoek. Een landelijke onderzoeksgroep met onder andere Popma en Creemers ging het onderzoek coördineren. Maar liefst 39 jongeren die in 2017 zelfmoord pleegden, kregen een ‘psychologische autopsie’. Dat wil zeggen dat hulpverleners gestructureerd en volgens de regels van kwalitatief onderzoek gesprekken voerden met vrienden, ouders, leraren en andere naasten. Daan Creemers: “Van iedere suïcide wilden we een grondige analyse maken. Van iedere zelfdoding kunnen we leren.”



Scepsis: moest het nu zo diep?

In eerste instantie heerste scepsis over de manier van onderzoeken, weten Creemers en Popma nog. Maar nabestaanden reageerden positief. “Er is een grote behoefte om bij te dragen aan verbetering zodat het overlijden en de geleerde lessen betekenisvol kunnen worden in de toekomst.”

Veel lagen, kleine stapjes

Deze manier van analyseren moet een systematisch vervolg krijgen, dat wist Creemers vrijwel meteen. “Zodat we ieder jaar kunnen putten uit een steeds rijker wordende bron van kennis over jeugdsuïcide.” Popma is het eens: “We voorzagen ook wel dat het onderzoek niet één specifieke verklaring zou opleveren. Waar het om gaat, is dat toe gaan naar een diepere manier van analyseren. Suïcidepreventie is op heel veel lagen in de samenleving kleine stapjes zetten om de risico’s ➔

op zelfmoord te verkleinen. We zijn succesvol als het lukt een ‘sociale prothese’ om deze kwetsbare jongeren heen te organiseren waarin iedere betrokkene een eigen bijdrage heeft.”



“Gezamenlijk moeten we de lat hoog blijven leggen.”

Aanpak Storm

Op deze netwerkgedachte is de aanpak Storm gebaseerd, in de regio Noord-Oost Brabant. Daan Creemers vertelt erover: “We definiëren een regio. En daar organiseren we een netwerk van GGD, ggz en het onderwijs die systematisch met het thema depressie en suicidaliteit aan de slag gaat.” Jongeren krijgen bijvoorbeeld standaard een screening. Scoren ze hoog op suicidaliteit, dan zitten ze binnen 48 uur tegenover een jeugdarts. Scoren ze hoog op depressieve klachten, dan krijgen ze een programma op school dat effectief is in het verminderen van de klachten. Docenten krijgen training in het signaleren van somberheid. Herkennen ze die signalen, dan wordt ingegrepen. De samenwerking verbetert, het lerend vermogen stijgt, net zoals de aandacht voor jeugdsuicide.

En nu opschalen

De resultaten zijn positief. Nu is het zaak om de aanpak op te schalen. “Onze zoektocht zit vooral in de financiering”, vertelt Creemers. “Je moet het niet gaan zien als ggz-thema, maar als gezamenlijk thema. Krijg je dat voor elkaar, dan word je als regio beter. Daar zit de winst, maar dit is ook meteen het moeilijkst.” Popma vult aan: “Er wordt vaak een positie aan de ggz toegeschreven die niet reëel is. Wij zijn geen op zichzelf opererend apparaat. Iedereen kan een bijdrage leveren.”

Topsport

Gelukkig ziet Arne Popma de aandacht voor suicidepreventie groeien. “Ik zie verschillende initiatieven vanuit die netwerkgedachte opgestart worden.” Voor de toekomst leggen Creemers en Popma weer een sportieve parallel. “In de zorg kunnen we veel van de topsport leren. Met dezelfde mentaliteit moeten we doorgaan, gezamenlijk de lat hoog blijven leggen.”

In verbinding

de Nederlandse ggz
vormt met Jeugdzorg
Nederland, VGN en
VOBC de Branches
Gespecialiseerde
Zorg voor Jeugd.

www.bgzj.nl

Branches Gespecialiseerd
Zorg voor Jeugd

Beter worden doe je thuis

Al lerend de thuisbehandeling van psychiatrische jongeren verbeteren



Pierre Herpers, Jeugdpsychiater en manager behandelmaken bij Karakter
Douwe Nauta, Verpleegkundig specialist bij Verslavingszorg Noord-Nederland
Anne Oosterling, Psychiater bij Karakter

Dát jongeren het beste in hun thuissituatie kunnen herstellen, is inmiddels een breed omarmd uitgangspunt. Maar hóé jongeren het beste behandeld kunnen worden in hun vertrouwde omgeving, daarover wordt continu nagedacht. FACT en IHT zijn twee intensieve behandelvormen bij psychische aandoeningen die voortdurend worden aangescherpt op basis van ervaring en de nieuwste wetenschappelijke inzichten.

Pierre Herpers is jeugdpsychiater en manager behandelmaken van het intensief behandelcentrum Jeugd bij de Nijmeegse instelling Karakter. Zijn instelling werkt al meer dan zeven jaar met de behandelmethodes Intensive Home Treatment (IHT). Het werd tijd om alle inzichten en werkmethodes te bestendigen in een werkboek, vertelt Herpers. “Als naslagwerk, voor onszelf, →

maar ook voor andere instellingen in Nederland. Het uitgangspunt om jongeren zo veel mogelijk thuis te behandelen mag dan alom geaccepteerd zijn, er is nog veel behoefte aan kennis over werkmethodes.”

Hulp thuis organiseren, familie betrekken

Natuurlijk is het spannend om een jongere thuis te laten als hij aangeeft suïcidale gedachten te hebben, stelt Herpers. Een gesloten deur, een dak boven het hoofd en allemaal professionals in de buurt; dat geeft wellicht een iets geruststellender beeld. “Je zult er dus voor moeten zorgen dat je de hulp thuis goed organiseert. Het vraagt wat van de medewerkers en van de flexibiliteit van je organisatie.” Soms, als er zich een acute situatie voordoet, wordt bovenop de intensieve thuisbehandeling toch een klinische behandeling voorgesteld, High & Intensive Care (HIC). Herpers: “De familie wordt intensief betrokken bij de behandeling. Je deelt de verantwoordelijkheid en zoekt de verbinding met elkaar.”

“De familie wordt intensief betrokken bij de behandeling. Je deelt de verantwoordelijkheid en zoekt de verbinding met elkaar.”

IHT versus FACT

Waar IHT kortdurend is – tot zo’n vier maanden – en gericht is op jongeren in crisissituaties, is de zorgvorm Flexible Assertive Community Treatment (FACT) langdurig en sterk gericht op het weer zo goed mogelijk functioneren in de maatschappij. Anne Oosterling is psychiater bij Karakter en werkt met FACT.

Oosterling: “In deze ggz-overstijgende, intensieve samenwerking zit de grote kracht van FACT”. Per regio kan de samenwerkingsvorm verschillen, aansluitend bij de lokale behoefte. “Dit varieert van samenwerking met wijkteams, GGD-artsen, scholen en samenwerkingsverbanden, begeleiders van woongroepen en jeugdzorgbehandelaars en de verslavingszorg en jeugdreclassering bijvoorbeeld.” Oosterling weet dat inmiddels veel FACT-teams een informeel netwerk hebben gebouwd, lokaal en over de domeinen.

Een tip vanuit haar eigen ervaring: “Om als netwerkpartners gezamenlijk goede zorg te kunnen bieden, is het helpend als iedereen kleur bekent. Dat je aangeeft waar je als organisatie goed in bent, maar ook waar je niet goed in bent. Met name dat laatste is soms lastig, zeker gezien de marktwerking in de zorg.” →

Vroegsignalering

Douwe Nauta is verpleegkundig specialist bij Verslavingszorg Noord-Nederland. Hij merkt dat de participatie in de FACT-teams in zijn regio zijn vruchten afwerpt. Nauta komt jongeren op het spoor die normaal gesproken niet snel op de radar van de hulpverlening zou komen. “Doordat wij als verslavingszorg steeds gebiedsgericht werken, krijgen wij jongeren eerder in het vizier. Daardoor kunnen we tijdig ondersteuning inzetten, waardoor zwaardere hulp kan worden voorkomen.” Deze jongeren kunnen in aanmerking komen voor een IHT- of FACT-traject. Of andersom, Nauta krijgt ook jongeren voor een specialistische poliklinische verslavingsbehandeling. “Wij zien het als een totaal zorgaanbod, met specialismes die complementair aan elkaar zijn”.

“Het lerende aspect dat hoort bij het zo veel mogelijk thuis behandelen is cruciaal.”

Efficiënt en flexibel

Volgens Nauta heeft een dergelijke samenwerking ook effect op de inzet van zorgprofessionals. “Je kunt efficiënter werken, omdat er achtervang is, en een goed alternatief.” Naast efficiënt wordt de hulpverlening ook een stuk flexibeler, vindt Anne Oosterling. “Soms hebben we een intake voor een FACT-traject. Maar tijdens het verhelderen van de hulpvraag komen we erachter dat we een IHT-traject beter vinden passen. We kunnen dan achter de schermen snel schakelen en het gezin doorverwijzen naar de IHT.”

Lerende aspect zorgt voor verbetering

Nauta vult aan: “Het lerende aspect dat hoort bij het zo veel mogelijk thuis behandelen is cruciaal om de ondersteuning van jongeren steeds verder te verbeteren.” Pierre Herpers besluit: “Ik ben trots op hoe geolied de machine inmiddels draait. In een crisissituatie zijn we goed in het snel op orde brengen van de informatie. We hebben een gedeelde visie. We spreken elkaars taal. Daardoor zijn mensen inwisselbaar, niet in de vervelende zin van het woord, maar juist positief.” Naast het werkboek volgen er ook nog een aantal studiedagen. En er komt een speciaal congres over IHT en FACT.

Stop kindermishandeling

Betrek het complete gezin bij de behandeling van kindermishandeling



Klinisch psycholoog Femy Wanders (Accare) en gebiedsmanager Robert Vonk (Raad voor de Kinderbescherming).

Kinderen groeien ‘zo thuis mogelijk op’. Het is een prachtige ambitie voor de jeugd in Nederland, die van harte wordt onderschreven door klinisch psycholoog Femy Wanders van Accare en gebiedsmanager Robert Vonk van de Raad voor de Kinderbescherming. Maar als dat toch niet blijkt te kunnen? Als de situatie thuis echt onhoudbaar wordt? Dan is er een alternatief voor een uithuisplaatsing. In Smilde.

Ooit was er op de locatie van instelling Accare in Smilde plek voor 24 kinderen. Kinderen met ernstige gedragsproblemen en trauma’s die uit huis moesten worden geplaatst. Het was niet altijd gemakkelijk om ze in toom te houden, sommigen liepen bij wijze van spreken de muren eruit. Er waren incidenten, de opnames duurden lang, soms wel meer dan een jaar. En jammerlijk zagen de hulpverleners behandelde kinderen geregeld terug. Wanders: “We dachten dat het de beste manier was om kinderen met gedragsproblemen te behandelen. Maar zoals ik het nu zie, is het eigenlijk professionele kindermishandeling geweest.” →

Naar systemisch denken en werken

De ervaringen leidde bij Accare tot het volgende inzicht: je kunt wel met alleen die kinderen aan de slag, maar als het systeem eromheen niet verandert, dan heb je weinig aan de behandeling. Daarom veranderde de opzet in Smilde. Geen 24 kinderen meer, maar acht complete gezinnen kunnen er terecht. Met het hele gezin in een huisje, en een therapie voor alle gezinsleden. De aanpak heet KINGS (Kind IN Gezond Systeem). Wanders: “Het is een omslag naar daadwerkelijk systemisch denken en werken.”



“Het is een omslag naar daadwerkelijk systemisch denken en werken.”

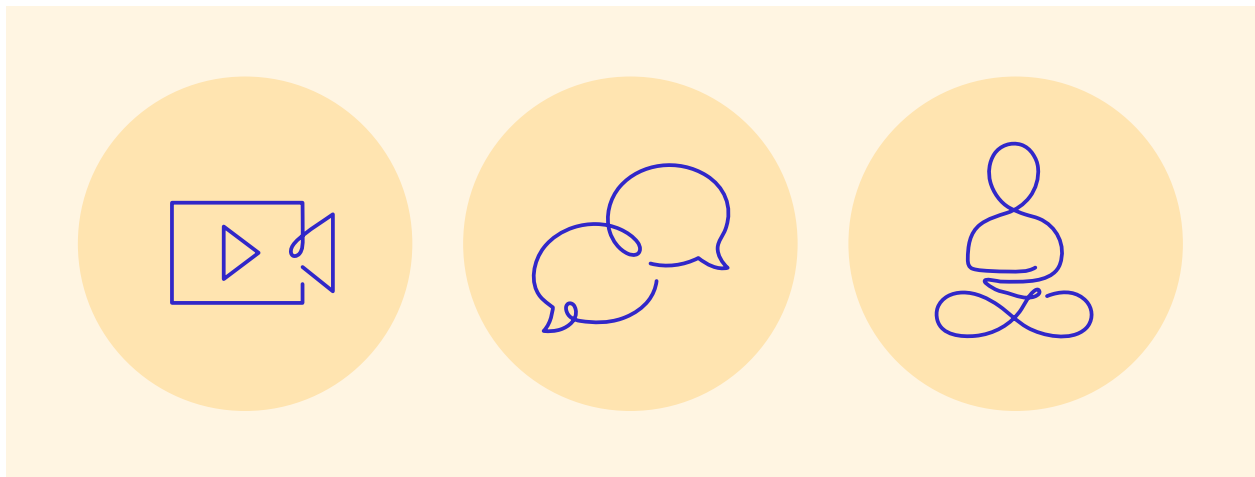
Wachten tot het kind is gerepareerd

Het gebeurde allemaal in Noord-Nederland, de regio waar Vonk gebiedsmanager is voor de Raad voor de Kinderbescherming (RvdK). Zijn organisatie adviseert op basis van onderzoek of er een verzoek aan de rechter moet worden gedaan voor een kinderschermingsmaatregel. “Bij voorkeur niet natuurlijk. Met ingrijpen ontstaat een afhankelijkheid en bemoeizorg. Wij bekijken zeer kritisch dat rechten van kinderen en ouders niet worden geschaad.” Toen Vonk hoorde over het initiatief in Smilde, reageerde hij: ‘doe mij ook zo’n huisje’. Voor de RvdK is KINGS een alternatief geworden voor een noodzakelijke uithuisplaatsing.

Kijken door de ogen van de ouders

De behandeling van KINGS bestaat grofweg uit drie fases. In de eerste fase wordt veel gebruik gemaakt van video-opnames. De hulpverleners leren de kinderen kennen door de ogen van hun ouders. “Je komt zo eerder bij allerlei overtuigingen van ouders waar je anders moeilijk bij komt”, zegt Wanders. “Omdat die ouders een chaotisch brein hebben, omdat zij zelf ook veel negatieve ervaringen hebben gehad in hun jeugd. Je kunt de video stop zetten en situaties bespreken. Dat helpt. ‘Kijk eens hoe jouw kind nu naar jou kijkt, zo liefdevol.’ Vandaaruit kun je verder.”

In de tweede fase krijgen de ouders therapie. Ze leren hun trauma’s uit het verleden een plek te geven, zodat deze geen invloed meer hebben op hun handelen. Vonk: “Het is zo belangrijk om naast ze te gaan staan in plaats van tegenover ze. Je sluit samen een verbond, en je geeft ze het gevoel veilig te zijn.” →



In de laatste fase wordt het gezin, met weer een kalm brein, geleerd hoe het de draad weer kan oppakken in hun eigen huis.

Bewezen effectief

Accare werkt inmiddels al meer dan tien jaar op deze manier. “Klinisch zijn we heel tevreden over de resultaten”, laat Wanders weten. “We zijn net gestart met een promotieonderzoek om ook de resultaten op langere termijn te onderzoeken. Want we gaan niet iets doen, omdat we vermoeden dat het werkt. Het moet bewezen effectief zijn.” Er is interesse om zo’n systemische tijdelijke uithuisplaatsing voor hele gezinnen ook in andere gebieden in te zetten. Maar zo ver is het nog niet.

Ultieme doel: ieder kind thuis

Voor de goede orde; ook een opname in Smilde is suboptimaal natuurlijk, stelt Vonk. “Het ultieme doel is om kinderen en gezinnen in hun eigen omgeving te houden. Vonk is ook realist genoeg om de alternatieven te omarmen. “Dat kan een gezinsbehandeling zijn, maar in bepaalde gevallen is een uithuisplaatsing noodzakelijk. Waar het om gaat is dat we toe werken naar het optimale. Dat we inzien dat een kind onderdeel is van een systeem. En dat het beter is om het hele systeem nauwer te betrekken in de behandeling.”

Samenwerken aan
grote ambities en idealen

**Het is een
verantwoordelijkheid
van onze hele samen-
leving dat kinderen
gezond opgroeien.
Niemand kan
het alleen.**

Gezond opgroeien

Eetstoornissen

Op de bres voor ketenaanpak complexe eetstoorniszorg



Kinder- en jeugdpsychiater Marinda Koopmans van GGZ Noord-Holland-Noord en kinderarts Irene Koomen van het Dijklander Ziekenhuis.

Het kan één enkele opmerking zijn van een klasgenoot. Een perfectionistisch karakter met controledrang. Of de wens om fotomodel te worden, of de vederlichte stuurvrouw bij de roeivereniging. De risico's die kunnen leiden tot eetstoornissen bij kinderen en jongeren zijn legio. En de zorg is vaak langdurig, intensief en complex. Om de eetstoorniszorg in Nederland te verbeteren, is de pilot (K)EET ontstaan. Marinda Koopmans, kinder- en jeugdpsychiater en leidinggevende bij GGZ Noord-Holland-Noord en kinderarts Irene Koomen werken intensief samen op een manier die K(EET) voorschrijft.

Eetstoornissen komen in allerlei soorten voor. Te veel eten, weinig calorieën verbranden. Te weinig eten, te veel verbranden. De jongeren die het meest worden aangemeld, zijn meisjes die zichzelf uithongeren, overmatig bewegen en soms braken en laxeren. De behandeling van kinderen met anorexia nervosa is complex, om twee redenen. Ten eerste, legt kinderarts Irene Koomen uit: →

“Kinderen met een eetstoornis zijn lichamelijk verzwakt. Het lichaam gaat in de reservestand. Lage bloeddruk, lage hartslag, laag in de suikers. Maar het betekent ook dat jongeren geestelijk minder toegankelijk zijn. Het starten van een psychiatrische behandeling gaat daardoor moeizaam. Eerst zul je kinderen weer op gewicht moeten krijgen, zodat ze geestelijk toegankelijk worden. Dat is een heftige strijd, zeker omdat kinderen vaak nog meer dan normaal moeten eten om weer aan te komen. Maar eten is het beste medicijn.”



**“Vroeg herkennen
en snel regelen van
de juiste zorg.”**

Meerdere disciplines nodig

Tweede complicerende factor is het aantal disciplines dat nodig is voor het behandelen van een eetstoornis. Marinda Koopmans hierover: “Het is bij uitstek een kinderpsychiatrische stoornis die niet alleen door de kinderpsychiater en haar ggz-team kan worden behandeld. Er is ook een kinderarts nodig, net als een goede diëtist. Die samenwerking is niet overal goed geregeld.”

Ketenaanpak voor eetstoornissen

Hoe ze dat merken? Landelijke wachtlijsten bij eetstoornisklinieken bijvoorbeeld. Gastplaatsingen bij kinderartsen uit andere regio's van het land. En de meest ernstig zieke kinderen die niet op tijd de juiste zorg krijgen. “En dit is het topje van de ijsberg”, verzekert Koopmans. De voornaamste knelpunten zijn het vroeg herkennen van jongeren met eetstoornissen en het snel regelen van de juiste zorg op de juiste plek. Zie daar de aanleiding voor de ketenaanpak eetstoornissen in Nederland, kortweg (K)EET. Deze landelijke pilot, vanuit de politiek geïnitieerd na signalen vanuit de zorg, de ouders en de kinderen zelf, heeft als doel de samenwerking in de eetstoorniszorg te verbeteren, te beginnen bij de meest complexe gevallen. “Omdat zij zich geen wachtlijst kunnen veroorloven”, aldus Koopmans. →

Samenwerking is goed tussen Hoornse overburen

“Bij ons is de samenwerking goed”, benadrukt kinderarts Irene Koomen. Het scheelt, het ziekenhuis en de ggz-instelling zijn Hoornse overburen. Een voorbeeld van die goede samenwerking is de training die ziekenhuisverpleegkundigen kregen van het ggz-team van Koopmans. Koopmans hierover: “Stel dat een kind met anorexia wordt opgenomen op de afdeling kindergeneeskunde. Verpleegkundigen hebben vaker te maken met leukemie, astma of suikerziekte. En nu ligt er opeens een kind dat niet wil eten. Dan moet je wel weten hoe je daarmee moet omgaan. Het is niet een kwestie van ‘eet gewoon je boterham op, dan word je weer beter.’” Door de training wordt de ziekenhuisverpleegzorg voor kinderen met een eetstoornis beter.

“De volgende stap is ons netwerk te vervlechten met andere specialismes.”



Verder verbeteren

Om de ketenaanpak voor eetstoornissen in hun regio verder te versterken, wordt gewerkt aan het in kaart brengen en uitbreiden van het netwerk van eetstoornisspecialisten. Koomen heeft een appgroep waarin kinderartsen elkaar hulp kunnen vragen voor opnameplekken voor patiënten met lichamelijke problemen. De volgende stap is dat netwerk te vervlechten met andere specialismes. Welke huisartsen, schoolartsen, kinderartsen, diëtisten, kinderpsychiaters zijn er? En hoe kunnen al die specialismes elkaar vinden en versterken in het bieden van de juiste zorg? De uitdaging is dat deze netwerken overal gaan ontwikkelen. Koopmans: “Vanuit een dekkende samenwerking kunnen we passende en voldoende zorg bieden voor die o zo complexe eetstoornissen.”

eHealth

Digitaal behandelen biedt legio kansen, maar vervangt face to face contact niet



Kirsten Hauber, Onderzoeker en psychotherapeut Curium-LUMC/Youz
Inger-Elze de Langen, Orthopedagoog bij de DigiPoli van Youz

Het valt Curium-LUMC/Youz onderzoeker en psychotherapeut Kirsten Hauber direct op tijdens dit video-dubbelinterview. Orthopedagoog bij de DigiPoli van Youz Inger-Elze de Langen praat heel sensitiefrij, met veel expressie; ze is echt een ervaren online behandelaar. Logisch ook, De Langen doet al twee jaar niets anders. Sinds het coronavirus helpt ze mee om haar collega's te trainen in telepsychiatrie. En Hauber doet onderzoek naar de eerste ervaringen.

Het was een roerige tijd, die eerste coronamaanden. Binnen een korte periode moesten overal in Nederland therapeuten noodgedwongen de overstap maken naar online behandelen. Inmiddels zijn maar liefst 2.000 behandelaars bij instelling Youz en andere instellingen in Nederland er in getraind. Dat wil niet zeggen dat de overstap naar online vanzelf ging. Therapeuten hadden →

vraagtekens bij de manier van online werken en de effecten ervan. Kirsten Hauber, naast onderzoeker ook voorzitter van de Nederlandse Vereniging voor Psychotherapie, over de terughoudendheid: “Kan er wel een therapeutische relatie tot stand worden gebracht? En blijft die gehandhaafd? En hoe ga je om met een crisisbeoordeling?”

Veel van wat je in de spreekkamer doet, kan online

Inger-Elze de Langen heeft zich al voor de coronacrisis geschoold in digitaal behandelen. Of telepsychiatrie, een andere term. “Toen ik solliciteerde bij de DigiPoli van Youz dacht ik: is dit wel iets voor mij? Maar ik ben er inmiddels achter gekomen dat online behandelen een heel goed hulpmiddel is. Vrij veel van wat je in de spreekkamer doet, kan ook online. Je moet er wel voor zorgen dat je alles wat je doet verbaliseert.”



Vaders ook online

Wat haar opvalt, en in positieve zin verrast, is de groeiende hoeveelheid vaders die deelneemt aan de sessies. “Waar je vroeger vooral moeders met hun kind in de spreekkamer zag, zie je bij online behandelingen ook vaders inloggen. Vanaf hun kantoor, hun binnenvaartschip, hun vrachtwagen. Of omdat het ook in de avond kan.” Vaders brengen een extra dimensie mee in de digitale behandeling van kinderen, merken De Langen en Hauber. Niet wetenschappelijk, benadrukken de twee, maar vanuit ervaring zeggen ze: “Moeders hebben vragen over de opvoeding en hoe om te gaan met bepaalde situaties. Vaders zijn wat cognitiever ingesteld en willen bepaald gedrag leren begrijpen.” →

Beeldbellen is geen telepsychiatrie

Zowel Hauber als De Langen maken stellig duidelijk dat beeldbellen en digitaal behandelen totaal iets anders zijn. Beeldbellen is het reguliere contact via video, zoals een online vergadering. Bij digitaal behandelen ligt de nadruk op de behandeling. De Langen en Hauber werken via de ‘Live Online Leren’ methodiek. Deze methodiek is gericht op didactiek en de interactie voor online groepsbehandeling.



“Er blijft behoefte aan fysiek contact.”

Verder onderzoeken voor wie wat het beste helpt

Parallel aan de overstap naar online behandelen hebben therapeuten meegedaan aan een onderzoek van Kirsten Hauber naar de eerste ervaringen. Wat blijkt, gemiddeld geven de behandelers hun online werk een 5,4. “Maar het is niet zo: hoe jonger de therapeut, hoe hoger de score”, nuanceert Hauber. “Daarom willen we inzoomen op de scores per beroepsgroep. Het kan zijn dat het voor het behandelen van trauma’s bijvoorbeeld minder geschikt is. Dat gaan we de komende tijd nader onderzoeken.”

Online behandelen versus face to face

“Door corona hebben we de noodzakelijke omslag gemaakt naar digitaal”, vertelt De Langen. “Maar we moeten de spreekkamer niet willen vervangen. Er blijft behoefte bestaan aan fysiek contact.” Hauber beaamt dat. Bij bepaalde doelgroepen slaat het minder aan. “Sommige jongeren met persoonlijkheidsstoornissen of trauma’s heb ik de afgelopen tijd zien afglijden. Terwijl kinderen met sociale angsten juist opbloeden.” Daarom, voor de toekomst: blended. Laat online en reguliere behandelingen naast elkaar bestaan. “En gebruik deze periode om beter te snappen wat werkt. En voor welke doelgroep.”

Afscheid Peter Dijkshoorn

Peter Dijkshoorn, bestuurder bij Accare en de Nederlandse ggz neemt afscheid:

Hij stelt compromisloos hoge ambities voor de jeugdhulp in Nederland. Om de beweging naar nul kindermishandelingen, nul suicide, nul separaties en nul uithuisplaatsingen te versnellen. En blijft erachter staan, zoals hij ook zijn medewerkers erachter laat staan. Zelfs als het ingewikkeld wordt. Of als het op kritiek stuit. In september neemt kinderpsychiater Peter Dijkshoorn afscheid als bestuurder bij Accare. Daarmee stopt ook zijn rol als portefeuillehouder waardenetwerk ‘Gezond Opgroeien’ in het bestuur van de Nederlandse ggz. Een gesprek.



Even voor de goede orde: natuurlijk verdwijnt Dijkshoorn niet uit het netwerk. De nieuwe organisatiestructuur van de Nederlandse ggz gaat juist uit van de netwerkgedachte. “Dus ook in mijn nieuwe functie als ambassadeur lerend jeugdstelsel bij de Vereniging Nederlandse Gemeenten hoor ik er helemaal bij, vind ik, per definitie.” Dijkshoorn gaat er aan de slag met dezelfde thematiek, alleen dan landelijk. →

Ook de afgelopen jaren heeft Dijkshoorn zich hard gemaakt om de jeugdhulp in de ‘lerende modus’ te krijgen. “Leren wil ook zeggen dat je fouten mag maken. Dat overigens niet hetzelfde is als ‘het uitrollen van allerlei plannetjes’. Nee, leren moet wel gebaseerd zijn op opgebouwde kennis. Daar gaan soms jaren overheen.”



“Leren moet gebaseerd zijn op opgebouwde kennis. Daar gaan soms jaren overheen.”

Morgen een oplossing. Dat gaat niet. Dat gaat bij kanker ook niet. “Als wij niet kunnen voorkomen dat iemand zich suïcideert, dan zijn we daar stuk van. Maar dat niet alleen. In de jeugdhulp voelen we daarbovenop echter dat we iets niet goed hebben gedaan, dat we gefaald hebben. Daar moeten we vanaf. Het staat ons leren in de weg.”

We hebben veel bereikt in de jeugdhulp, vindt Dijkshoorn. “En natuurlijk belichten we vaak wat er nog niet goed gaat. Maar hé, kijk ‘ns waar we vandaan komen. Alleen al in mijn eigen organisatie; we hadden vijftien jaar geleden 400 separaties per jaar. Nu gemiddeld nog nul tot vijf.”

De jeugdhulpverlening is een sector geworden met veel specialismes. Die hebben zich voor het grootste deel los van elkaar ontwikkeld. “Voor een complete jeugdaanpak is het belangrijk dat die specialismes nu weer bij elkaar komen. De specialismes moeten zich ook eerder in de keten laten zien. Zo worden problemen eerder gesignaleerd, door de experts die er verstand van hebben.

Netwerkjeugdhulp is daarom het sleutelwoord. Dat betekent niet alleen goed samenwerken binnen het jeugddomein, maar ook daarbuiten. Met de volwassenzorg, met gemeentelijke organisaties, ziekenhuizen en zorgverzekeraars. “De verkokering tegengaan, zonder je verworven specialistische kennis overboord te gooien”, vat Dijkshoorn samen.

Nul separaties, nul uithuisplaatsingen, nul suïcides en nul kindermishandelingen; er is veel gebeurd om deze doelen te benaderen. Maar uiteraard, het werk is nog lang niet klaar. Het aantal zelfdodingen onder jongeren bijvoorbeeld. Daar was in 2017 nog een flinke piek in te zien. →

“Een van de verklaringen was dat jongeren problemen ervoeren met hun seksuele identiteit. Dan moeten we als samenleving ervoor zorgen dat we kinderen helpen zich vrij te laten voelen over wie ze zijn. Dat is natuurlijk niet in vijf jaar gebeurd.”

Waar hij trots op is? Een stilte. Dan toch. Op de afname van het aantal separaties binnen zijn organisatie. Op de veel korter durende klinische behandeling, van tien maanden naar gemiddeld drie weken. En bijna alle kinderen gaan daarna naar huis. En met de Nederlandse ggz: “Het niet meer separeren hebben we goed op de agenda gekregen. En waar dat nog niet is gestopt, daar is er de ambitie om het wel te laten stoppen.” Daarom, vindt Peter Dijkshoorn, nu hij afzwaait: “Blijf voor die grote doelen gaan. Het zijn doelen voor gezinnen en kinderen, doelen voor de samenleving.”

“We moeten als samenleving ervoor zorgen dat we kinderen helpen zich vrij te laten voelen over wie ze zijn.”



de Nederlandse ggz

Colofon

Met dank aan

Nellieke de Koning, Arne Popma, Daan Creemers, Pierre Herpers, Douwe Nauta, Anne Oosterling, Femy Wanders, Robert Vonk, Irene Koomen, Marinda Koopmans, Inger-Elze de Langen, Kirsten Hauber en Peter Dijkshoorn.

Redactie

Matthijs Timmers (Hidden Champion)

Eindredactie

Afdeling Communicatie de Nederlandse ggz

Fotografie

Pim Geerts, Utrecht

Vormgeving

Telldesign, Rotterdam

de Nederlandse ggz

Piet Mondriaanplein 25

3812 GZ Amersfoort

t. 033 460 89 00

e. communicatie@ggznederland.nl

www.denederlandseggz.nl

©September 2020

