



Aanbevelingen Staten-Generaal vanuit de VVK – Vlaamse Vereniging Kinder- en Jeugdpsychiatrie

Inleiding

Donderdag 20/12 werden wij wakker geschud door onze collega's van de volwassenenpsychiatrie. Zij schreven een vrije tribune op Knack.be over hun worstelingen met de eed van Hippocrates in het kader van gedwongen opnames van minderjarigen in afdelingen volwassenenpsychiatrie. Ze schreven hoe we als arts nooit dingen mogen doen die de patiënt schaden. Plots beseften we als kinder- en jeugdpsychiaters hoe wij vanaf onze eerste stappen in dit vak (lijdzaam) leerden omgaan met de vele patiënten die we niet (tijdig) kunnen helpen door capaciteitstekort. Al van bij de start leerden we verdragen dat gepaste hulp (nog) niet aanwezig is, niet omdat we niet kundig genoeg zijn, wel omdat de middelen ertoe, ons ontbreken. Niet alleen voor gedwongen opnames, maar voor ALLE kinderen en gezinnen, dromen wij dus dat vanaf kerstdag 2018 geen enkele jongere nog langer dan een maand op gepaste hulp zou moeten wachten....

Niet alleen staan kinder- en jeugdpsychiatrische bedden zelden of nooit leeg (crisisbedden kennen een hoge turnover, er zijn lange wachttijden voor een korte of langere behandelopname), maar ook de ambulante en langdurige mobiele zorg kreunt onder de wachtlijsten. Meerdere maanden (tot meer dan een jaar voor sommige modules) wachten is de regel, niet de uitzondering. Voor geen enkel ander ernstig gezondheidsprobleem wordt zo'n lange wachttijd aanvaard. Is het omdat het gaat om kinderen, die onvoldoende mondig zijn om hulp te vragen, laat staan te eisen? Of vindt men dat ouders maar moeten opdraaien voor de hulpnood van hun kinderen?

Nochtans is de kinder- en jeugdtijd de periode waarin het persoonlijkheidskapitaal van de volwassenenheid verworven wordt en/of waarin trauma's al dan niet kans op herstel krijgen of juist ingeslepen geraken.

Een recente meta-analyse van epidemiologische studies toonde een gemiddelde prevalentie van 13,4% van kinder- en jeugdpsychiatrische stoornissen (Polanczyk ea 2015). In de leeftijdsfase tussen 14-25 jaar maken GGZ-problemen het grootste aandeel uit van impact van ziekte, uitgedrukt in DALY's (Disability Adjusted Life Years (of jaren verloren aan ziekte) (Gore ea. 2011). Ernstige volwassenenpsychiatrische beelden manifesteren zich in $\frac{3}{4}$ van de gevallen met eerste symptomen tussen 14-25 jaar. M.a.w. is het inzetten op preventie, vroegdetectie en vroeginterventie, op behandeling en herstel tijdens de kinder- en jeugdleeftijd een uiterst belangrijk gegeven, met potentieel impact tot in de volwassenheid.

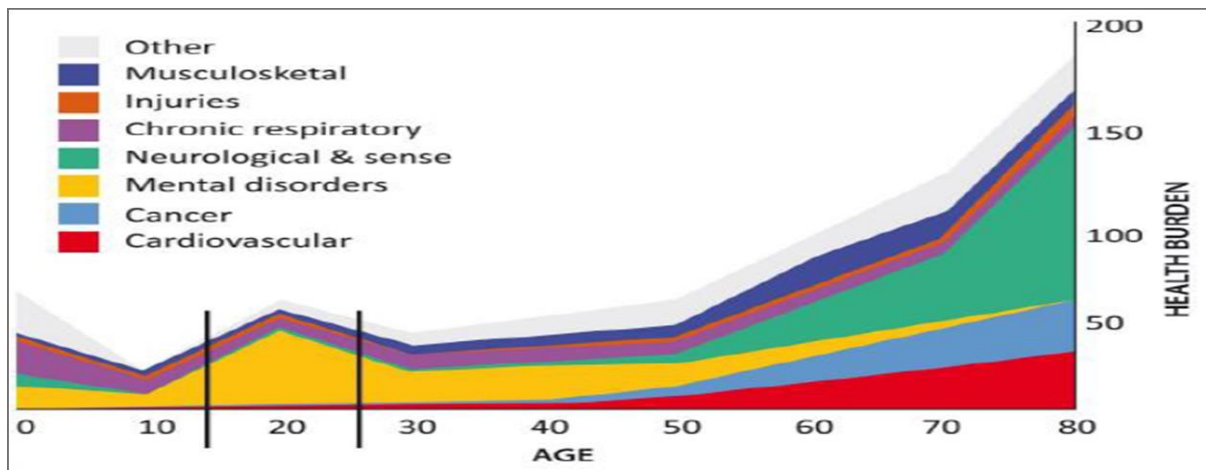


Fig. 1. DALY's (Disability Adjusted Life Years)

Momenteel is de situatie zo dat er niet alleen niet eens een aanbod is voor ieder kind / jongere en zijn context om een vorm van GGZ te krijgen, maar is het ook vaak zo dat het aanbod dat kan gedaan worden in aard en intensiteit tekort schiet.

We moeten dringend een speerpunt maken van de geestelijke weerbaarheid van onze jeugd. Investeren in onze kinderen is investeren in de toekomst. We mogen niet langer aanvaarden dat er zo'n grote tekorten zijn. Wij willen niet meer ons geweten moeten sussen wanneer we aan het volgende gezin moeten melden dat ze nog maanden moeten wachten op hulp, ook als hun kind depressief is, al enkele weken niet meer naar school gaat, zich steeds meer begint te isoleren en meermaals per dag paniekaanvallen doet en dreigt met zelfmoord, wat ook de ouders helemaal machteloos, moedeloos en uitgeput maakt. Ook niet als hun zoon met autisme op school helemaal vastgelopen is en het door zijn agressieaanvallen zowel voor zichzelf als zijn familie helemaal onleefbaar geworden is. Ook niet voor de dochter die van school gestuurd werd omdat ze de zoveelste keer door traumaherbeleving door het lint ging. "Ja, mevrouw, ik begrijp dat de situatie ernstig en haast onleefbaar is, maar ik kan u helaas niet verder helpen..."

Wij vragen dus met aandrang een doorgedreven verdere uitbreiding van de capaciteit van de GGZ voor kinderen, jeugdigen en jongeren in de transitieleeftijd, met volgende prioriteiten:

- 1) Minstens 10% van het gezondheidsbudget moet naar GGZ gaan en daarvan minstens 25% naar GGZ voor minderjarigen.
- 2) Uitbreiding ambulante capaciteit met de mogelijkheid tot een intensief (minstens wekelijks) aanbod over langere tijd (ernstige problemen vragen een minimum inzet van 9 maanden, ongeacht de modaliteit (intensief mobiel of residentieel) van zorg).
- 3) Prioriteit voor terugbetaling van interventies door psychologen en orthopedagogen voor kinderen en jongeren met ernstige psychische en psychiatrische problemen, werkend in multidisciplinair verband met de kinder- en jeugdpsychiater
- 4) Verhoging van de opleidingscapaciteit voor kinder- en jeugdpsychiaters door specifieke ondersteuning van de opleiding tot dit knelpuntberoep
- 5) Uitbreiding van de (semi)residentiële capaciteit door
 - a. Aanpassing van de programmatie, die nu enkel is berekend op kinderen en jongeren t.e.m. 14 jaar. Met andere woorden: er wordt momenteel zorg geleverd voor minderjarigen tot 18 jaar in een bedden capaciteit die slechts is berekend t.e.m. 14 jaar.

- b. Specifieke uitbreiding van de IBE-capaciteit voor intensieve behandel mogelijkheden voor jongeren met een complexe problematiek: o.a. jongeren met verstandelijke beperking en jongeren met ernstige gedragsproblemen
- 6) Erkenning van langdurige behandelnoten voor jongeren met een bedreigde persoonlijkheid door opheffen van de degressie van de honoraria van toezicht na 90 dagen.
- 7) Aanpassing procedure voor gedwongen opnames (GO) voor minderjarigen:
 - a. Inschatting moet gebeuren door (kinder- en jeugd)psychiater volgens de geijkte criteria en er moet aan alle criteria voldaan zijn (geen oneigenlijke GO).
 - b. K-diensten moeten versterkt worden om GO te kunnen realiseren (zie ook punt 5b)
- 8) Aanpassing van de personeelsnorm voor k- en K-plaatsen in functie van intensifiëring van de zorg
- 9) Uitbreiding van het aantal uren kinder- en jeugdpsychiater en psy-functies verbonden aan instellingen VAPH en jongerenwelzijn, in functie van de doelgroep jongeren met ernstige psychische en psychiatrische problemen.
- 10) Investeren in transitiezorg:
 - a. Specifieke opname-units voor jongeren in de transitiefase (16-25 jaar), met voor en nazorg (zodat zij niet tussen oudere volwassenen moeten verblijven)
 - b. Samenwerking tussen GGZ kinderen en jongeren, jongerenwelzijn, VAPH en GGZ volwassenen bevorderen.
- 11) Stimuleren van zorg voor leeftijdsgroep 0-3 jaar: inzetten op hechtingsbevorderende interventies.

Gore, F.M., Bloem, P.J., Patton, G.C., Ferguson, J, Joseph, V., Coffey, C., Sawyer, S.M., Mathers, C.D. (2011). Global burden of disease in young people aged 10-24 years: a systematic analysis. *Lancet*, 377: 2093-2102.

Polanczyk, G.V., Salum, G.A., Sugaya, L.S., Caye, A., Rohde, L.A. (2015). Annual Research review: A meta-analysis of the worldwide prevalence of mental disorders in children and adolescents. *J. child Psychol Psychiatry*, 56(3), 345-365.