

Transitiepsychiatrie



Binnen de Parnassia Groep



Start psychiatrie = kinderleeftijd

- Gezondheidsverlies door psychische stoornissen het grootst op de kinderleeftijd

Tomas Insel, directeur van het Amerikaanse onderzoeksinstituut, National Institute of Mental Health (WHO, 2009): "mental disorders are the chronic disorders of the young" (Insel & Fenton, 2005)

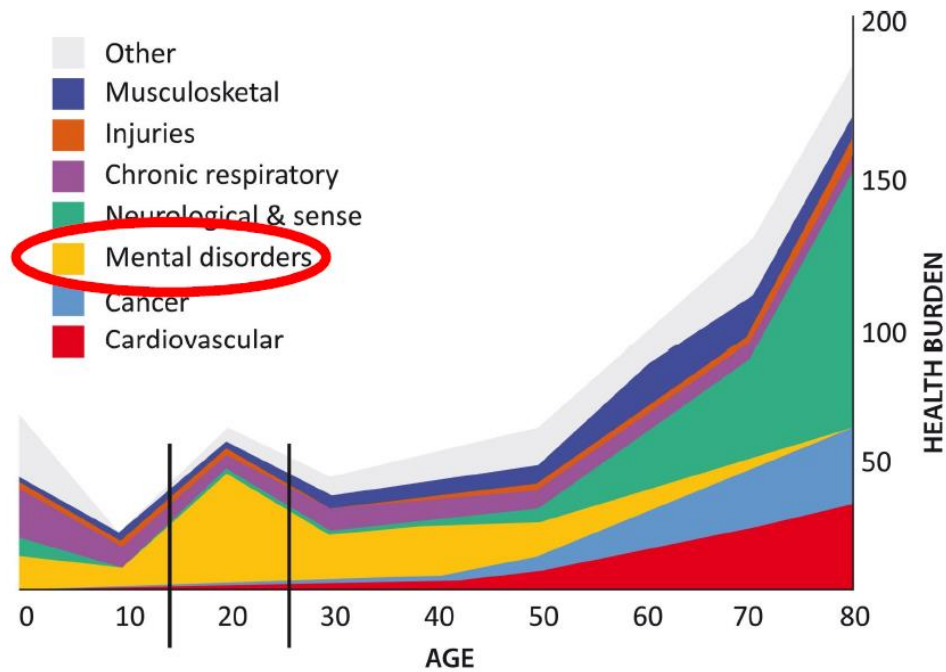
- 75 % van de psychiatrische stoornissen manifesteert zich voor het eerst voor de leeftijd van 24 jaar
50% voor de leeftijd van 14 jaar

(Kessler et al., 2005)

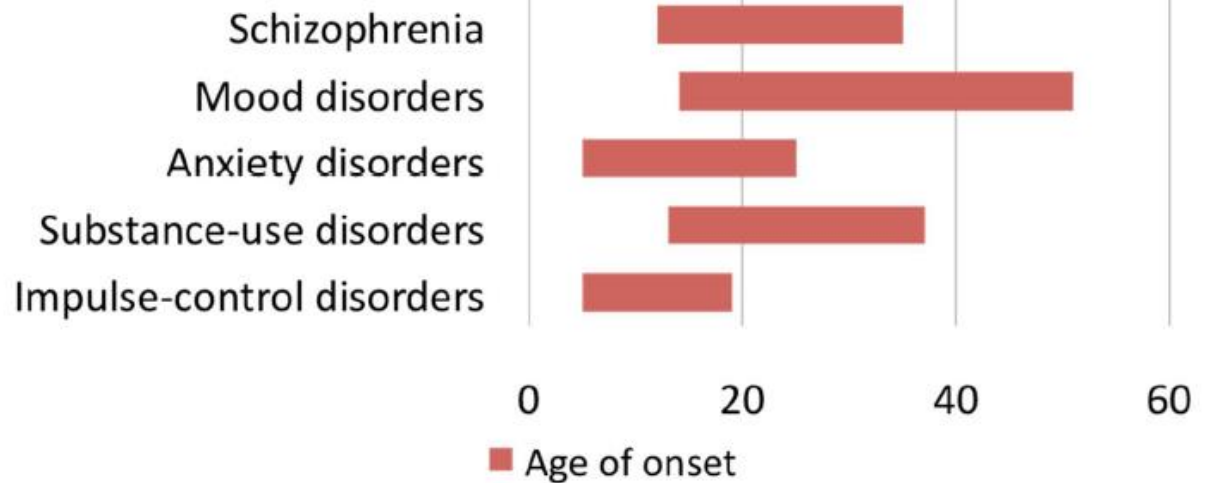
- “Psychiatrie zijn aandoeningen van het tweede decade”

Prof Kahn, rede oeuvre prijs 2016

Ziektelast



75% van de psychische aandoeningen
ontstaat voor 25 jaar
(Kessler et al, 2005)



18-/18+ :

zwak waar de keten sterk moet zijn

Inauguratie prof. dr. Therese van Amelsvoort, bijzonder hoogleraar Transitiepsychiatrie Universiteit Maastricht, jan 2013



Hoge ziektelast & tegelijkertijd onvoldoende (h)erkenning

Ongeveer 5% van adolescenten heeft zorg nodig, ca. 2,5% is in zorg , er is sprake van onderbehandeling en een zorglek.

Ongeveer 10.000 adolescenten van 15-23 jaar krijgen geen zorg in West-Nederland en Zeeland

Uit onderzoek naar zorgconsumptie en hulpbehoefte blijkt dat 3,8 % van de kinderen tussen 4 en 18 jaarlijks aangemeld worden voor professionele hulp en circa 4 % wel hulp zou willen, maar dit niet gezocht/gekregen heeft. Verhulst, Kinder en jeugdpsychiatrie. Uit: A.de Jong, W. van den Brink, J. Ormel en D. Wiersma (red) Handboek psychiatrische epidemiologie, Elsevier/Detijdstroom, Maarssen,1999. H15, 379-398.

Onderbehandeling en zorglek

Oorzaken onderbehandeling

- Problemen van adolescenten worden niet herkend en gelabeld als psychische / psychiatrische symptomen
- Jongeren willen zich niet identificeren met ziekte (dit geldt ook in de somatische zorg)
- Voorloper van EPA zijn een scala aan klachten die diffuus zijn. Subthreshold problemen
- Niet bereiken jongeren van allochtone afkomst
- Schotten tussen (jeugd)ggz en ketenpartners

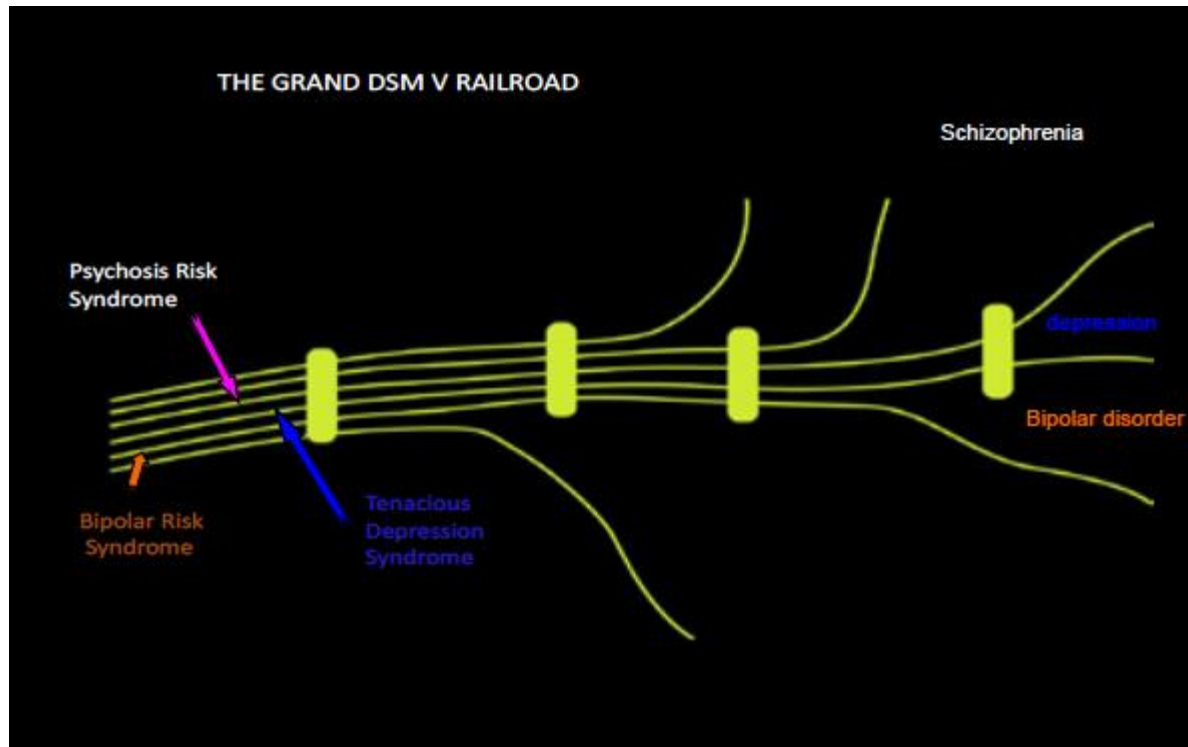
Oorzaken zorglek

- Eigen risico zorgverzekeringwet bij 18e verjaardag
- Aansluiting naar volwassenen-ggz vaak moeizaam
- Vanaf midden-adolescentie (15-16 jr) onttrekken jongeren zich aan de zorg
- Wijze van zorg leveren en communiceren strookt niet met wat jongeren wensen

Gevolg

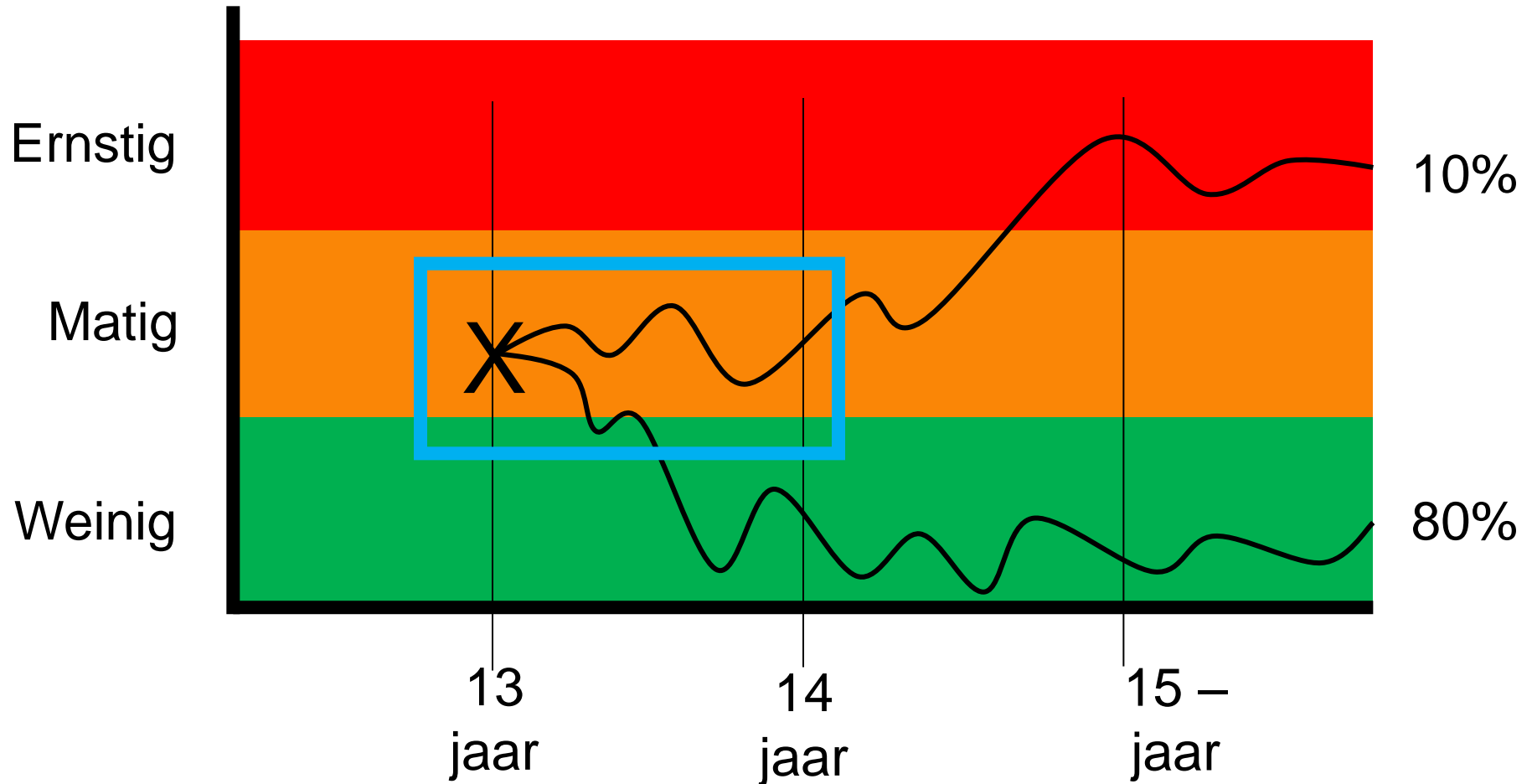
- **Jongeren/ volwassenen komen weer in aanraking met de ggz als de problemen fors zijn!**

Transitiepsychiatrie en vroeg-detectie



Symptoom ontwikkeling is diffuus (subtreshold);
kennisontwikkeling, organisatie zorg en financiering zijn
ingericht op uitgekristalliseerde beelden

Depressieve klachten algemene bevolking



Vroegdetectie en interventie werkt

- Vroege interventie kan psychiatrische ziekten uitstellen of zorgen dat het beloop minder heftig wordt. Alle studies wijzen op een correlatie tot vroege interventie en beter maatschappelijk functioneren op volwassen leeftijd. En geeft dus kostenbesparing op lange termijn in andere domeinen.
- Op symptoom niveau weinig winst

PG Transistiepsychiatrie verschillende groepen

- Kinderen van ouders met een psychiatrische stoornis en ouders van kinderen met een psychiatrische aandoening/symptomen
 - Zorg voor kinderen van onze patiënten met subthreshold klachten
 - KOPP
 - Gezin als vindplaats voor psychiatrische stoornissen van zowel ouders als kinderen
 - Levensloop benadering
- Kinderen die uit zorg gaan rond het 15^{de} levensjaar
 - Beter in zorg houden door regie over behandeling in het gezin bespreekbaar te maken
 - Zorg continuïteit bieden voor diegene die niet uit zorg gaan (niet per deelbehandeling wisselen van behandelaar, enz.)
 - En als er wel uitstroom is, een drempelloze terugkeer organiseren en andere vormen van contact onderhouden
- Moeizame overgang van kinder en jeugd naar volwassen ggz
 - Hulpverlener volgen jongeren, warme overdracht bestaat uit een traject, is niet een gesprek. **NICE richtlijn feb 2016**
 - Netwerken transitiepsychiatrie over zorgbedrijven heen in iedere regio/regionaal transitie MDO/ad on behandeling
- Bereiken van groepen die we nu niet goed in zorg krijgen
 - Jongeren met een niet-westerse allochtone achtergrond; krijgen we slecht in zorg en is een groep met meerdere risicofactoren
 - Schooluitval in de vroeg stadium
 - Jongeren in zorg bij de ketenpartners waarbij de psychiatrische symptomen niet herkend worden
 - LVB jongeren

Richting voor verdere ontwikkeling van vroegdetectie en -interventie in relatie met bekende risicofactoren

- Het hebben van een ouder met een psychiatrische stoornis; verder ontwikkelen interventies rondom KOPP kinderen, monitoren en gezinsaanpak
- Een slechte tot matig slechte relatie tussen de opvoeders; mogelijk minder nadruk op pedagogische vaardigheden en meer op relationele vaardigheden
- (dreigende) schooluitval; interventies om schoolgang te bevorderen maar ook screening
- Vroegkinderlijk trauma/stress
- Druggebruik op 13 jarige leeftijd of jonger; er zijn goede interventies, echter signalering is matig tot slecht
- Licht verstandelijke beperking (LVB)
- Passieve coping stijl

Wat jongeren willen

Manifest Nationale Jeugdraad

Nederland 2016

- Eerst goed kennismaken en niet bang hoeven zijn om meteen doorverwezen te worden, soms zijn een paar gesprekken voldoende.
- Een vast gezicht aangevuld met digitale mogelijkheden (appen, chatten enz.)
- Veel ruimere openingstijden en inloopmogelijkheden
- Alle aspecten van het leven die hen bezighoudt kunnen bespreken: “Mijn stoornis is een onderdeel van mijn leven, mijn leven niet een onderdeel van de stoornis”.
- Praktische hulp als dit nodig is bv mee naar school of werkgever
- Outreachende zorg ook om anderen te ontlasten bv ouders/mentor
- Meer kennis en awareness bij leerkrachten, ouders en peers

Anders kijken naar zorg

- De eerste klap is een daalder waard; bij “milde (subthreshold) symptomen fors (en vaak hoog specialistisch) inzetten
- Richten op het weer op gang krijgen van de ontwikkeling en niet zo zeer op symptoomreductie
- Actief volgen van groepen met hoog risico, “niet uitschrijven”
- Kennis van de “achterkant” is broodnodig aan de “voorkant”
- Leren elkaars taal te spreken. Bv. een ernstig psychotisch beeld bij jongeren is niet zo zeer ernstig op symptoomniveau maar wel als voorspeller van wat er nog komen gaat
- Jongeren betrekken in ontwikkeling van zorg, wat is de werkwijze waar zij zich goed bij voelen

Paradigma shift

- Richten op de ontwikkeling, positieve gezondheid naast klachten en symptomen
- Jongeren en ouders/verzorgers betrekken op ieder niveau
- Ouders, systeem, netwerk altijd betrekken, ook boven 18 jaar!
- Per definitie samenwerken met het sociale domein (scholen, werk en veiligheid)
- Werken in (kennis)netwerken over de zorgbedrijven heen
- “Zware” interventies inzetten bij “milde” (subthreshold) problemen

Casus I

- Jonge man van 17 jaar. Aangemeld wegens klachten over somberheid. Maakt de indruk nu en dan even de realiteit kwijt te zijn. Trekt zich terug en verzuimt school met een zekere regelmaat
- Afname CAARMS is geïndiceerd (EDIT)
- Kan in Den Haag
- Jonge man vindt dit te ver weg en bij nader inzien valt zijn stemming ook wel mee.....
- Hij wil niet meer komen en de klachten zijn te onduidelijk en diffuus om een DBC te openen

HOE VERDER?

In dit geval wenselijk

- Outreachend: hulpverlener Brijder en PsyQ caarms afnemen thuis
- Motiveren voor de interventies die nodig zijn
- Bereikbaar zijn voor deze jongen en zijn (informele) netwerk via app, mail telefoon ook in avond en weekend
- Niet loslaten tot hij goed in zorg is en hij weer deelneemt aan zijn maatschappelijke taken; school, werk, sport enz.

Hulpverleners voelen zich klem zitten; mag niet er op uit, wachtlijsten voor de andere patiënten worden langer enz.

Vervolg casus 1

- Jongeman hoort vaker stemmen en ziet schimmen
- Voelt zich achtervolgd
- Realiteitstoetsing is wisselend
- Erg angstig en hierdoor suicidaal
- Wordt vrijwillig opgenomen bij volwassen psychiatrie. En vrijwel meteen weer ontslagen omdat de klachten mild zijn. Men is niet bezorgd

Voorbeeld paradigma shift bij casus 1

- Niet denken in termen van mild en ernstig bij deze groep, maar in stadia. Dit is een voorstadium van ernstige psychose
- Zorg die ingezet moet worden is mogelijk even intensief als bij een meer floride psychotisch beeld

Casus 2

- Jonge man van 15 jaar aangemeld door ouders wegens zorgen over speed gebruik
- Jongen ontkent druggebruik
- Familie van moeder erg belast met verslaving, ze is heel heftig in haar reactie op haar zoon
- Zoon ontkent speed gebruik
- Als het dan zo nodig moet wil hij wel komen praten met hulpverlener. Moeder wil alleen hulp voor zoon, geen gezinsinterventie (wel geïndiceerd/echter geen DBC mogelijk)

WAT TE DOEN ?

In dit geval wenselijk

- Hulp starten zonder dat er een DBC geopend kan worden
- Motiveren van de jongen om eerlijk te zijn over gebruik, zoeken van een informele mentor waar zowel jongere als ouders vertrouwen in hebben
- Motiveren van ouders voor MDFT. Relatie van de ouders onderling is een sterke voorspeller voor de outcome van jongeren
- Gezin leren om het thema middelen bespreekbaar te maken zonder dat het zo beladen is met de familiegeschiedenis

Voorbeeld paradigmashift casus 2

- Bij nog milde problematiek, wat dus eigenlijk een verkeerde term is, fors inzetten
- Als jongere niet te motiveren is actief vervolgen op een niet intrusieve manier, bv appjes naar hem en ouders

Conclusie

- Eerder onderkennen risico kinderen , *ook de kinderen van onze patienten*
- Subthresholdklachten reeds als aangrijpingspunt
- herstel ondersteunende zorg gericht op de ontwikkeling is cruciaal
- Zorg laten aansluiten bij hoe jongeren dit willen en acceptabel vinden
- Milde klachten zijn veelal een vroeg stadium van ernstig en hebben intensieve interventies nodig, waarbij het doel is de ontwikkeling weer op gang te brengen
- De winst zit hem vooral in het publieke domein en de persoonlijke sfeer en nog niet in symptoom reductie

- De hiernavolgende dia's zijn ter informatie

Wat loopt binnen de PG

- Dossiergegevens boven tafel krijgen en meten hoe het beloop is van de groep 12-23 vanaf 2011
- Collectieve Jongeren en ouder participatie op gang krijgen zodat zij een stem krijgen in het te ontwikkelen beleid
- Master mind onderzoek I-psy
- Milestone onderzoek Lucertis- Jutters

Stappen die worden gezet in Noord-Holland

- PsyQ en Lucertis collega's nodigen elkaar rond 18 uit in de spreekkamer bij intake, diagnostiek en overdragen van de behandeling
- Gezinspsychiatrie: bij ADHD uitzoeken om de generaties standaard te screenen, dus bij PsyQ de kinderen te screenen op ADHD en bij Lucertis de volwassenen.
- PsyQ en Lucertis bieden samen groepen aan, bijv. de vaardigheidstraining bij ADHD.
- Overleg vindt plaats hoe we bij persoonlijkheidsstoornissen samen groepen kunnen vormen bij PsyQ en Lucertis.
- De transitie MDO's onderzoeken voor overgang jeugd-FACT volwassen-FACT, waarbij het over visie verschillen en casuïstiek gaat.
- Samenwerking binnen Jeugd-FACT: Palier, Brijder, Lucertis en externe partners maakt ook de samenwerking buiten het FACT makkelijker.

Stappen die gezet worden in Zuid-Holland en regio Haaglanden

- Levensloop poli ADHD
- Oprichting eerste psychose en UHR team door Lucertis en BAVO
- Idee van co-creatie en avatar ontwikkeling om jongeren die uitvallen op school snel te bereiken
- Levensloop poli ADHD, ouders van kinderen met ADHD en kinderen van ouders met ADHD bereiken en continuïteit van zorg geven. Carel Reinierszkade Den Haag, PsyQ en Lucertis. Max Euwelaan Rotterdam, PsyQ en Lucertis. In Den Haag Flexcare!
- Regio Den Haag plan hoe om te gaan met adolescentengroep; eenmalige bijeenkomst vervolg is gepland
- Middelencheck in de ROM, Brijder en Jutters Lucertis
- Flexcare in den Haag gekoppeld aan de levensloop poli ADHD