



Spoeisende psychiatrische hulp voor jeugdigen: wat werkt?

Mariska de Baat

Cora Bartelink

Nikki Udo

December 2013

Nederlands Jeugdinstituut

i www.nji.nl

Kernboodschap

Kinderen en jongeren komen in de spoedisende psychiatrische hulp terecht wanneer hun handelingen, gedrag of lijden ondraaglijk worden of niet langer meer beheersbaar zijn voor de mensen die voor hen zorgen. Het primaire doel van spoedisende psychiatrische hulp is de veiligheid van de patiënt verzekeren: het opheffen van onmiddellijk gevaar voor het kind of voor zijn onmiddellijke omgeving.

Er is maar heel weinig onderzoek gedaan naar de effectiviteit van verschillende vormen van spoedisende psychiatrische zorg aan kinderen en jongeren. Op basis van de uitkomsten van het weinige onderzoek, lijkt het het best dat er verschillende vormen van crishulp beschikbaar zijn: intensieve outreachende hulp, crisis interventie teams, leeftijdsadequate dagbehandeling en klinische opname. Helaas is er niet voldoende bewijs om uitspraken te kunnen doen over welke vorm van zorg het meest geschikt is voor welke jeugdige.

De effecten van spoedisende psychiatrische hulp kunnen verschillen per kind. Op basis van onderzoek lijken voor spoedisende psychiatrie de volgende werkzame factoren te gelden: gemeenschapsgericht, residentieel indien nodig, voor een korte periode maar op elk moment beschikbaar, verschillende elementen van hulp omvattend (stabilisatie, psycho-educatie, assessment, behandeling en verwijzing), en georganiseerd rond individuele behoeften en gegeven door competent personeel.

Aanleiding

Dit artikel maakt deel uit van de NJi-reeks van 'wat werkt'-documenten over specifieke werksoorten en interventies en over de aanpak van specifieke problemen. Deze overzichten worden gepubliceerd in het dossier 'Effectiviteit van jeugdinterventies' op de website van het Nederlands Jeugdinstituut (NJI).

Leeswijzer

Het artikel start met een hoofdstuk met achtergrondinformatie over spoedisende psychiatrische hulp voor jeugdigen, namelijk de doelgroep en het doel ervan. Het tweede hoofdstuk gaat over de effectiviteit van verschillende vormen van spoedisende psychiatrische hulp. In hoofdstuk drie en vier komen achtereenvolgens de specifiek en algemeen werkzame factoren aan bod. Het artikel sluit af met een hoofdstuk over de belangrijkste conclusies.

Verantwoording literatuursearch

Om de vraag te kunnen beantwoorden wat de werkzame elementen zijn van spoedisende kinder- en jeugdpsychiatrie is er een uitgebreide literatuursearch uitgevoerd. In deze search is specifiek gezocht



naar informatie over de werkzame elementen bij een acute psychiatrische crisis bij een jeugdige. Onderzoek naar bijvoorbeeld crisisinterventies in gezinnen is buiten beschouwing gelaten¹. In de internationale databases PsychInfo en de Campbell Collaboration is gezocht met combinaties van onder andere de volgende zoektermen: effectiveness, treatment outcomes, meta-analyses, review, crisis, emergency, emergency service, crisis intervention, crisis service, crisis resolution teams, psychiatry, psychiatric hospital admission, child, youth, en adolescent. Daarnaast is er zowel met Engelse als Nederlandse zoektermen gezocht in Picarta, Google (Scholar) en de Mulock Houter bibliotheek van het NJi. Doorgaans worden meta-analyses en reviews gebruikt als uitgangspunt voor een artikel over werkzame elementen. Omdat die voor dit thema maar beperkt voorhanden zijn, is de informatie aangevuld met primaire studies. Belangrijke bronnen zijn: ‘Spoedeisende psychiatrische hulp voor kinderen en adolescenten’ van het Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg in België (2010), het ‘Handboek Spoedeisende Psychiatrie’ (Achilles, Beerthuis en Van Ewijk, 2011) en het ‘Emergency Department Handbook: Children and Adolescents with Mental Health Problems’ (Kaplan, 2009).

1. Spoedeisende psychiatrische hulp

1.1 Doelgroep

De onderzoeksliteratuur biedt weinig systematisch inzicht in het profiel van kinderen en jongeren die spoedeisende psychiatrische hulp vragen. Het Belgisch Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (2010) heeft in de literatuur slechts enkele indicaties aangetroffen.

Kinderen en jongeren komen in de spoedeisende psychiatrische hulp terecht wanneer hun handelingen, gedrag of lijden ondraaglijk of niet langer meer beheersbaar zijn voor de mensen die voor hen zorgen. Bovendien is spoedeisende psychiatrische hulp geïndiceerd bij kinderen in een gevaarlijke sociale context. Psychiatrische noodsituaties zijn onder meer:

- Een gevaar vormen voor zichzelf of voor anderen (bijvoorbeeld moorddadig of suïcidaal gedrag, zelfverminking, agressie);
- Gevaar lopen door anderen (bijvoorbeeld mishandeling, verwaarlozing, misbruik);
- Acute psychose (bijvoorbeeld onvermogen om te functioneren in een gewone omgeving door waanbeelden, hallucinaties);
- Ernstig gebruik / misbruik van drugs en/of alcohol;
- Verhoogd gevoeligheid voor stress door ernstige stress veroorzakende factoren in de omgeving of het falen van ondersteuning door de omgeving;
- Een psychiatrische stoornis kan, maar hoeft niet aanwezig te zijn.

De meeste kinderen die bij de spoedeisende psychiatrische hulp terechtkomen, zijn tussen 6 en 18 jaar oud, waarbij de jonge adolescenten tussen 12 en 15 jaar zijn oververtegenwoordigd. Meisjes komen vaak bij de spoedeisende psychiatrie terecht vanwege zelfbeschadiging en emotionele stoornissen, terwijl jongens er vaker terecht komen vanwege gedragsproblemen en agressie.

Suïcidale ideeën of zelfmoordpogingen en gedragsproblemen, zijn de meest voorkomende redenen waarom jongeren bij spoedeisende psychiatrische hulp terechtkomen. De meest voorkomende psychiatrische diagnoses die worden gesteld zijn gedrags- en stemmingsstoornissen (depressie) (Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg, 2010).

¹ Informatie hierover vindt u in ‘Crisisinterventie in gezinnen: wat werkt?’ door De Baat, Foolen en Udo (2013).

Dit komt overeen met onderzoek van Ruth, Freisleder en Heinrich (2013), waarbij data is verzameld over de spoedeisende psychiatrische hulp voor kinderen. In dit Duitse onderzoek zijn alle 306 spoedgevallen in de kinder- en jeugdpsychiatrie van een ziekenhuis gedurende een half jaar meegenomen. Hieruit blijkt dat jeugdigen vooral bij de spoedeisende psychiatrische hulp terechtkomen omdat ze een gevaar vormen voor zichzelf en anderen (bijvoorbeeld suïcidaal gedrag) en vanwege psychopathologische problemen (bijvoorbeeld psychose, obsessieve compulsieve symptomen, mishandeling, angststoornissen).

1.2 Doel

Het primaire doel van spoedeisende psychiatrische hulp is het verzekeren van de veiligheid van de patiënt: het opheffen van onmiddellijk gevaar voor het kind of voor zijn onmiddellijke omgeving. Spoedeisende psychiatrische interventies hebben verder tot doel de kinderen en hun familieleden te helpen een problematische situatie onder controle te krijgen en zichzelf te handhaven om zo de mogelijkheden voor de verdere persoonlijke ontwikkeling van het kind veilig te stellen. Spoedeisende psychiatrische hulp kan een (eerste) mogelijkheid zijn om gepaste hulp te introduceren voor een kind of een jongere en de mensen in hun onmiddellijke omgeving (Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg, 2010).

2. Effectiviteit van spoedeisende psychiatrische hulp

Het Belgisch Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (2010) heeft een uitgebreid literatuuronderzoek gedaan naar de spoedeisende psychiatrische hulp. Eén van de onderzoeksvragen daarin was: 'Welke vormen van spoedeisende psychiatrische hulp zijn beschikbaar voor kinderen en jongeren en welk onderzoek is er naar de verschillende vormen gedaan?' Eén van de belangrijkste conclusies is dat er heel weinig effectonderzoek is gedaan naar spoedeisende psychiatrische hulp voor kinderen en jongeren.

De bevindingen die er wel zijn, worden hieronder per hulpvorm op een rij gezet. Onderstaande is vooral gebaseerd op het literatuuronderzoek door het Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (2010), en is aangevuld met primaire studies (Carlisle, Mamdani, Schachar, & To, 2012; Duffy & Skeldon, 2013).

Psychiatrische crisisopvang

Er is maar heel weinig effectonderzoek gedaan naar kortdurende klinische opnames van jeugdigen. Dit is inherent aan de complexe problematiek van de doelgroep: deze leent zich niet goed voor gecontroleerd onderzoek in een gestructureerde omgeving (Green, Jacobs, Beecham, Dunn, Kroll, Tobias et al., 2007).

Er is in de wetenschap redelijke consensus dat in een acute crisis het risico voor het kind en zijn omgeving snel gereduceerd kan worden met een opname. Er is echter onzekerheid over wat de werkzame elementen van de opname zijn, wat de optimale lengte van de opname is, of een opname geschikt is voor kinderen van alle leeftijden, en of positieve effecten behouden blijven na ontslag (Green, Jacobs, Beecham, Dunn, Kroll, Tobias et al., 2007). Er is wel veel bewijs voor de effectiviteit van klinische opnames bij volwassenen (McDougall et al., 2008).

Er is maar heel weinig onderzoek gedaan naar de uitkomsten van kortdurende crisisopname. Bovendien is het onderzoek dat er is gedaan van matige kwaliteit: meestal beschrijvend of retrospectief en maar zelden met een vergelijkingsgroep en gevalideerde instrumenten (Greenham & Bisnaire, 2008). Greenham en Bisnaire (2008) hebben kwantitatief onderzoek gedaan naar de uitkomsten van een kortdurende crisisopname bij jeugdigen. Uit hun onderzoek blijkt dat er bij de meeste jeugdigen een significante afname is van acuut gevaar wanneer zij worden ontslagen of overgeplaatst. De jeugdigen die worden overgeplaatst blijven wel significante internaliserende problemen houden, waaronder ook risico op suïcide. Er is geen overtuigend wetenschappelijk bewijs dat nazorg bijdraagt aan het succes van ontslag of overplaatsing (Carlisle, Mamdani, Schachar & To, 2012).

Kurtz (2009) heeft een review uitgevoerd naar spoedeisende psychiatrische hulp en daarbij onderscheid gemaakt in twee soorten hulpverlening: 1) binnen een instelling: klinische opnames en intensieve dagbehandeling en 2) buiten een instelling: therapeutische pleegzorg, Multi Systeem Therapie (MST) en case management. In het onderzoek zijn aanwijzingen gevonden dat de effectiviteit van verschillende programma's die buiten een instelling worden aangeboden even groot is als de effectiviteit van klinische opnames en dagbehandeling. Bovendien lijken de resultaten van de zorg buiten een instelling langer te blijven bestaan na afronding van de zorg.

Er is niet voldoende bewijs om uitspraken te kunnen doen over welke vorm van zorg het meest geschikt is voor welke jeugdigen. Er is voor jeugdigen in een psychiatrische crisis namelijk geen gerandomiseerd onderzoek gedaan waarin intensieve dagbehandeling, klinische opnames en 'community based services' met elkaar werden vergeleken (Lamb, 2009; Shepperd, Doll, Gowers, James, Fazel, Fitzpatrick et al., 2009).

In een Canadees psychiatrisch ziekenhuis heeft de implementatie van het 'Rapid Response Model' geleid tot een aanzienlijke daling van het aantal crisisconsulten en opnames 's nachts en in het weekend. Wel kwamen er meer crisisconsulten en opnames overdag. Het model zorgde voor tijdige en goed georganiseerde psychiatrische crisiszorg op de plek waar het op dat moment nodig was, dus eventueel ook buiten een instelling (Parker, Roberts, Williams, Benjamin, Cripps, & Woogh, 2003).

Community based services

Shepperd en collega's (2009) voerden een systematische review uit, met als doel om alternatieven te vinden voor geestelijke gezondheidszorg aan kinderen en jongeren in een instelling. Bovendien was het doel om met de review de effectiviteit en kosten van deze alternatieven te beoordelen. Lamb (2009) bespreekt de review en meldt dat deze zich niet alleen richt op kinderen en jongeren in een psychiatrische crisis. De review richt zich namelijk ook op kinderen en jongeren van vijf tot en met 18 jaar die een ernstige psychische stoornis hebben en daarvoor gespecialiseerde hulp nodig hebben (Shepperd, Doll, Gowers, James, Fazel, Fitzpatrick et al., 2009).

Lamb (2009) concludeert dat er, vergeleken met de literatuur over volwassenen, maar heel weinig onderzoek is gedaan naar alternatieven voor zorg in een instelling voor kinderen die intensieve behandeling nodig hebben voor acute of complexe geestelijke problemen. Shepperd en collega's (2009) vonden geen gerandomiseerd onderzoek waarin verschillende vormen van crisiszorg met elkaar werden vergeleken. Ook werd er bij follow-up geen verschil gerapporteerd in gedragsmatige of psychologische uitkomsten van jeugdigen die buiten een instelling hulp kregen in vergelijking met jeugdigen die binnen een instelling hulp kregen (Lamb, 2009).

Blumberg (2002) heeft in de literatuur drie onderzoeken gevonden naar de effectiviteit van psychiatrische crisisinterventie voor kinderen en jongeren buiten een instelling. Het betrof onderzoek naar de volgende programma's: Systemic Crisis Intervention Program (SCIP), Emergency Room Follow Up Team (ERFUT) en Multi Systeem Therapie (MST). De programma's delen een aantal kenmerken, zoals: inzet van een multidisciplinair team, directe reactie op de crisissituatie en inzet van psychotherapie voor specifieke individuele en gezinsdoelen. De drie programma's zijn allemaal als effectief beoordeeld. Blumberg (2002) laat ook zien dat een crisisinterventieprogramma een goed alternatief kan zijn voor het gebruik van psychiatrische behandelbedden voor kinderen. In vergelijking met een controlegroep, resulteerde een ambulante crisisinterventie in een afname van 23% van de opnames in een psychiatrische kliniek.

Een afname van de opnames in een psychiatrische kliniek is het beste aangetoond voor MST en intensief case management (Lamb, 2009). Voor ten minste vier programma's voor intensieve hulp aan huis – MST, Crisis Case Management, Home-Based Crisis Intervention, en Enhanced Home-Based Crisis Intervention - is aangetoond dat ze zorgen voor een afname van klinische opnames (Evans & Boothroyd, 1997).

In onderzoek zijn dus aanwijzingen gevonden dat intensieve hulp aan huis door een crisisinterventieteam zorgt voor een afname van klinische opnames. Echter, een substantiële groep patiënten wordt nog steeds opgenomen, ondanks de aanwezigheid van dergelijke teams. Elf tot negentien procent van de opgenomen patiënten is doorverwezen vanuit hulp aan huis (Brimblecombe, O'Sullivan, & Parkinson, 2003; McDougall, Worrall-Davies, Hewson, Richardson, & Cotgrove, 2008; Cotton, Johnson, Bindmann, Sandor, White, & Thornicroft, 2007).

Er is maar heel weinig onderzoek gedaan naar welke elementen een opname zouden kunnen voorspellen.

In een gerandomiseerde studie naar MST als alternatief voor een klinische opname voor jeugdigen met een psychiatrische crisis had bijna 50% van de MST groep een psychiatrische opname nodig in de eerste periode (Henggeler, Rowland, Randall, Ward, Pickrel, Cunningham et al., 1999). Ook deze auteurs concluderen dat deze intensieve vorm van zorg klinische opnames niet kan vervangen, maar wel de behoefte er aan kan verminderen (Lamb, 2009)..

Naast onderzoek naar de cijfers over het voorkomen van een opname, is er een aantal onderzoeken dat het individuele en gezinsfunctioneren heeft onderzocht (Kutash, 1995). Sommige onderzoeken wijzen er op dat de resultaten van 'community based' zorg langer blijven bestaan na afronding van de zorg (McDougall, Worrall-Davies, Hewson, Richardson, & Cotgrove, 2008).

Greenfield en collega's (2002) hebben onderzoek gedaan naar twee verschillende behandelwijzen voor suïcidale adolescenten die de eerste hulp van het ziekenhuis bezochten, namelijk de 'rapid response outpatient team approach' en een aanpak waarbij de adolescent ongeveer tien dagen moest wachten na ontslag van de eerste hulp, voor er een behandeling kon starten. Patiënten die toegang hadden tot het 'rapid response team' werden minder vaak opgenomen dan degene die daar geen toegang tot hadden. De uitkomsten van beide behandelwijzen in termen van ontwikkeling van de jeugdige waren gelijk aan elkaar. Daaruit blijkt dat de meeste adolescenten behandeld kunnen worden binnen een vrij eenvoudig 'rapid-response outpatient team' model.

Verscheidende RCT onderzoeken naar programma's voor hulp aan huis, die zich zowel richten op de acute zorg als de effecten op langere termijn, laten zien dat de meerderheid van de volwassenen met ernstige en acute psychiatrische problemen hulp aan huis kunnen krijgen, waarbij de uitkomsten van de zorg gelijk of beter zijn dan wanneer de zorg in een klinische setting wordt gegeven (Brimblecombe, O'Sullivan, & Parkinson, 2003).

Mobiele crisisteams

In het onderzoek van Vanderploeg, Schroeder en Franks (2008) werd een reguliere crisisopvang vergeleken met mobiele crisisteams. Uit het onderzoek blijkt bij een reguliere crisisopvang meer kinderen en jongeren worden opgenomen. Een mobiel crisisteam slaagt er beter in om te voorkomen dat jongeren worden opgenomen (Shulman & Athey, 1993). Gebruikers van 'home-based' crisishulp hebben meer kans om te worden doorverwezen naar andere 'community-based' hulpverlening (Boothroyd, Kupinger, Evans, Armstrong, & Radigan, 1998). Een voorbeeld in Nederland is het Crisis Team Jeugd van Bureau Jeugdzorg Agglomeratie Amsterdam. Het belangrijkste doel van het Crisis Team Jeugd is om snel en - zo nodig - ter plekke een crisissituatie te beoordelen. Daarnaast kan direct worden ingegrepen met als doel de acute dreiging weg te nemen. Vervolgens wordt op basis van beoordeling van de crisissituatie passende vervolghulp ingezet.

Telefonische crisisdienst

Telefonische crisisdiensten hebben de intentie om kwetsbare personen in een crisis te helpen, maar bewijs voor de effectiviteit ervan is zeldzaam (Gould, Greenberg, Munfakh, Kleinman, & Lubell, 2006). Het lijkt er op dat een telefonische crisisdienst zorgt voor een significante afname van suïcidaliteit en een significante verbetering van de geestelijke toestand van de jeugdige tijdens het bellen. Echter, uit onderzoek naar de attitude van 519 adolescenten over telefonische crisisdiensten blijkt dat maar heel weinig adolescenten de crisisdienst gebruikten (2%) en dat de adolescenten een negatievere attitude hadden over de telefoondienst dan over andere vormen van hulp.

4. Specifiek werkzame factoren bij spoedeisende psychiatrische hulp

De effecten van spoedeisende psychiatrische hulp kunnen verschillen per kind. Factoren die hierbij een rol spelen zijn bijvoorbeeld de leeftijd van het kind, maar ook kenmerken van de hulp. Er is weinig onderzoek gedaan naar factoren die het effect van spoedeisende psychiatrische hulp beïnvloeden. Onderstaande resultaten geven daarom een voorzichtige indruk: meer onderzoek is nodig om met zekerheid de invloed van bepaalde kenmerken te beoordelen.

Gemeenschapsgericht

Spoedeisende psychiatrische hulp voor kinderen en jongeren richt zich in eerste instantie op het verlenen van hulp aan het kind in zijn eigen omgeving. Daarom is het nodig dat spoedeisende psychiatrische hulp ambulante geboden wordt en outreachend is. Niet alleen het kind of de jongeren moet erbij betrokken worden, maar ook de ouders, de school, of andere personen die nabij het kind staan.

Residentieel indien nodig

Soms kan een (beveiligde) residentiële omgeving nodig zijn om het risico af te kunnen wenden en de gepaste zorg te verlenen. Opnames mogen echter nooit bedoeld zijn om (zelfs tijdelijk) de ouders of de zorgverleners van hun verantwoordelijkheid voor de opvoeding van het kind te ontlasten, en

evenmin mogen ze worden misbruikt als een tijdelijk alternatief voor problemen met kinderen of jongeren in reguliere zorgvoorzieningen.

Om in een crisissituatie een jeugdige meteen te kunnen opnemen is voldoende (buffer)capaciteit voor onmiddellijke hulp noodzakelijk. Daarbij moet een verschil worden gemaakt tussen hoog beveiligde bedden, die de nodige bescherming bieden tegen autodestructie of geweld tegen derden, en gewone noodbedden.

Op elk moment, maar voor een korte periode

Spoedeisende psychiatrische hulp voor kinderen en jongeren moet gemakkelijk toegankelijk zijn voor iedereen (24 uur per dag, 7 dagen per week).

In het onderzoek van het Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (2010) wordt spoedeisende psychiatrische hulp voor kinderen en jongeren gedefinieerd als zorg die maximaal twee weken duurt. In Nederland duurt dit soms langer, namelijk vier tot zes weken. Binnen deze periode kan de situatie zich stabiliseren en kan vervolghulp georganiseerd worden die aansluit bij de behoeften van het kind of de jongere.

Inhoud

Tijdens de spoedeisende psychiatrische hulp ontvangen kinderen en jongeren (en hun ouders of het gezin) stabilisatie van de crisissituatie, psycho-educatie en behandeling. Bovendien wordt hun problematiek goed in kaart gebracht (assessment) en vindt er verwijzing voor verdere hulp plaats. Een klinische beoordeling is nodig om de vereiste interventies te bepalen, het acute risico te evalueren en een risicobeheersplan te ontwikkelen. Dit plan moet ook de verwijzing naar aangepaste zorg omvatten.

Georganiseerd rond individuele behoeften

Er moet per geval worden bekeken welke hulp nodig is. Hulp moet op een flexibele manier, aangepast aan de bijzondere behoeften van het kind of de jongere, en in zijn of haar context worden voorzien.

Door wie

Spoedeisende psychiatrische hulp moet worden verleend door competent personeel. Het personeel moet een opleiding genoten hebben in geestelijke gezondheidszorg en in de behandeling en begeleiding van kinderen en jongeren.

5. Algemeen werkzame factoren

Uit diverse effectstudies komt naar voren dat naast de specifieke aanpak bij spoedeisende psychiatrische hulp, ongeacht de problematiek van de cliënten, een aantal factoren altijd bijdraagt aan goede resultaten. Het gaat hier om algemeen werkzame factoren die gelden voor de gehele jeugdzorg:

- een goede werkrelatie tussen cliënt en hulpverlener;
- goede aansluiting bij de motivatie van de cliënt;
- goede aansluiting van het type interventie bij het probleem en de hulpvraag: aansluiting bij de probleemdefiniëring van de doelgroep, consensus over het probleem waarop de hulp gericht moet zijn, evenwicht tussen probleem en omvang van de inzet;

- goede structurering van de interventie, dat wil zeggen: heldere en concrete doelstelling, doordachte opzet, goede planning en fasering;
- uitvoering van de interventie zoals zij behoort uitgevoerd te worden, ook wel 'treatment integrity' of 'treatment fidelity' genoemd;
- voldoende professionaliteit, vooral training van de behandelaar;
- goede werkomstandigheden van de behandelaar wat betreft caseload, begeleiding en beveiliging.

Deze algemeen werkzame factoren zijn zo belangrijk en basaal dat ze de basisingrediënten van goed hulpverleners genoemd kunnen worden. De eerste zes factoren zijn inmiddels vrij goed met onderzoek onderbouwd. Voor de laatste zijn wel aanwijzingen, maar nog niet voldoende eenduidig om ze stellig naar voren te schuiven (Van Yperen, Booy en Van der Veldt, 2003).

Hermanns (2004) wijst er verder op dat hulpverlening effectiever is als zij erop gericht is dat ouders, kinderen en jongeren weer grip krijgen op het eigen leven (herstel zelfregulatie) en als de hulpverlening hun sociale netwerk activeert.

6. Conclusie

Kinderen en jongeren komen in de spoedeisende psychiatrische hulp terecht wanneer hun handelingen, gedrag of lijden ondraaglijk of niet langer meer beheersbaar zijn voor de mensen die voor hen zorgen. Bovendien is spoedeisende psychiatrische hulp geïndiceerd bij kinderen in een gevaarlijke sociale context. Het primaire doel van spoedeisende psychiatrische hulp is de veiligheid van de patiënt verzekeren: het opheffen van onmiddellijk gevaar voor het kind of voor zijn onmiddellijke omgeving. Spoedeisende psychiatrische interventies hebben verder tot doel de kinderen en hun familieleden te helpen een problematische situatie onder controle te krijgen en zichzelf te handhaven om zo de mogelijkheden voor de verdere persoonlijke ontwikkeling van het kind veilig te stellen.

Er is maar heel weinig onderzoek gedaan naar de effectiviteit van verschillende vormen van spoedeisende psychiatrische zorg aan kinderen en jongeren. Op basis van de uitkomsten, lijkt het het best als er verschillende vormen van crisishulp beschikbaar zijn: intensieve outreachende hulp, crisis interventie teams, leeftijdsadequate dagbehandeling en klinische opname. Het lijkt er op dat intensieve programma's voor hulp aan huis crisisopnames en andere vormen van uithuisplaatsing kunnen voorkomen. Helaas is er niet voldoende bewijs om uitspraken te kunnen doen over welke vorm van zorg het meest geschikt is voor welke jeugdigen. Meer onderzoek is noodzakelijk.

Het lijkt erop dat er een aantal specifiek werkzame factoren voor spoedeisende psychiatrische hulp is:

- De hulp wordt aan kinderen en jongeren in hun eigen omgeving geboden;
- Indien nodig wordt een kind of jongere (tijdelijk) voor intensieve hulp in een residentiële behandelsetting opgenomen;
- Hulp is direct beschikbaar en gemakkelijk toegankelijk voor kinderen en jongeren;
- Tijdens de spoedeisende psychiatrische hulp ontvangen kinderen en jongeren (en hun ouders/ het gezin) stabilisatie van de crisissituatie, psycho-educatie en behandeling. Bovendien wordt hun problematiek goed in kaart gebracht (assessment) en vindt er verwijzing voor verdere hulp plaats;

- De hulp sluit aan bij individuele behoeften van het kind of gezin;
- Personeel is opgeleid voor diagnostiek en behandeling van kinderen en jongeren met (ernstige) psychiatrische problemen.

Naast deze specifiek werkzame factoren, zijn er ook algemeen werkzame factoren, die onafhankelijk van de hulpvorm, bijdragen aan de effectiviteit ervan.

Literatuur

- Blumberg, S.H. (2002). Crisis intervention program: an alternative to inpatient psychiatric treatment for children. *Mental Health Services Research*, 4, 1-6.
- Boothroyd, R.A., Kuppinger, A.D., Evans, M.E., Armstrong, M.I., & Radigan, M. (1998). Understanding respite care use by families of children receiving short-term, in-home psychiatric emergency services. *Journal of Child and Family Studies*, 7, 353-376.
- Brimblecombe, N., O'Sullivan, G., & Parkinson, B. (2003). Home treatment as an alternative to inpatient admission: Characteristics of those treated and factors predicting hospitalization. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 10, 583-687.
- Carlisle, C. E., Mamdani, M., Schachar, ., & To, T. (2012). Aftercare, emergency departments visits and readmission in adolescents. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 51, 283-293.
- Cotton, M., Johnson, S., Bindmann, J., Sandor, A., White, I., Thornicroft, G., . . . Bebbington, P. (2007). An investigation of factors associated with psychiatric hospital admission despite the presence of crisis resolution teams. *BMC Psychiatry*, 7: 52.
- Evans, M.E., & Boothroyd, R.A. (2002). A comparison of youth referred to psychiatric emergency services: Police versus other sources. *Journal of the American Academy of Psychiatry & the Law*, 30, 74-80.
- Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (2010). *Spoedeisende psychiatrische hulp voor kinderen en adolescenten*. Brussel: Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg.
- Gould, M., Greenberg, T., Munfakh, J., Kleinman, M., & Lubell, K. (2006). Teenagers' attitudes about seeking help from telephone crisis services (hotlines). *Suicide and Lifethreatening Behavior*, 36, 601-613.
- Green, J., Jacobs, B., Beecham, J., Dunn, G., Kroll, L., Tobias, C., Briskman, J. (2007). Inpatient treatment in child and adolescent psychiatry – a prospective study of health gain and costs. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 48, 1259-1267.
- Greenfield, B., Larson, C., Hechtman, L., Rousseau, C., & Platt, R. (2002). A rapid-response outpatient model for reducing hospitalization rates among suicidal adolescents. *Psychiatric Services*, 53, 1574-1579.
- Greenham, S.L., & Bisnaire, L. (2008). An outcome evaluation of an inpatient crisis stabilization and assessment program for youth. *Residential Treatment for Children & Youth*, 25.
- Henggeler, S.W., Rowland, M.D., Randall, J., Ward, D.M., Pickrel, S.G., . . . Santos, A. B. (1999). Home-based multisystemic therapy as an alternative to the hospitalization of youths in psychiatric crisis: Clinical outcomes. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 38, 1331-1339.
- Hermanns, J. (2004). 'Van behandelingsplan naar opvoedingsarrangement'. In: D. van der Aalsvoort (red.). *Eén kind, één plan bij jonge risicokinderen* (pp. 13-24). Leuven: Acco.
- Kurtz, Z. (2009). *The evidence base to guide development of Tier 4 CAHMS*. Department of Health.
- Kutash, K.V.R. (1995). Effectiveness of children's mental health services: A review of the literature. *Education & Treatment of children*, 18, 443-477 .
- Lamb, C.E. (2009). Alternatives to admission for children and adolescents: Providing intensive mental healthcare services at home and in communities: What works? *Current Opinion in Psychiatry*, 22, 345-350.

- McDougall, T., Worrall-Davies, A., Hewson, L., Richardson, G., & Cotgrove, A. (2008). Tier 4 CAHMS – inpatient care, day services and alternatives: An overview of Tier 4 CAHMS provision in the UK. *Child and Adolescent Mental Health, 13*, 173-180.
- Parker, K.C.H., Roberts, N., Williams, C., Benjamin, M., Cripps, L., & Woogh, C. (2003). Urgent adolescent psychiatric consultation: From the accident and emergency department to inpatient adolescent psychiatry. *Journal of Adolescence, 26*, 283-293.
- Pumariega, A.J., & Winters, N.C. (2003). Trends and shifting ecologies: Part II. *Child & Adolescent Psychiatric Clinics of North America, 12*, 779-793.
- Roberts, A.R., & Everly, G.S. (2006). A meta-analysis of 36 crisis intervention studies. *Brief Treatment and Crisis Intervention, 6*, 10-21.
- Ruth, U., Freisleder, F. J., & Heinrich, H. (2013), Outpatient emergency admissions to a child and adolescent psychiatry hospital, and following immediate hospitalization. *The German Journal of Psychiatry, 16*, 1-6.
- Shepperd, S., Doll, H., Gowers, S., James, A., Fazel, M., Fitzpatrick, R., Pollock, J. (2009). Alternatives to inpatient mental health care for children and young people. *Cochrane Database of Systematic Reviews: CD006410*.
- Shulman, D.A., & Athey, M. (1993). Youth emergency services: Total community effort, a multisystem approach. *Child Welfare Journal, 72*, 171-179.
- Yperen, T.A. van, Booy, Y., & Veldt, M.C. van der (2003). *Vraaggerichte hulp, motivatie en effectiviteit jeugdzorg*. Utrecht: NIZW.