

De wachtlijst van de Jeugdzorg: hulp versnellen of wachtlijst verkorten is mogelijk

De wachtlijstenproblematiek neemt steeds toe, ondanks alle goedbedoelde oplossingen. Een diepte-analyse is nodig.

Het is de vraag of de problematiek daadwerkelijk toeneemt of dat dit ook het gevolg is van minder zelfredzaamheid en meer afhankelijkheid van de hulpverlening. Ook de toename van de niet effectieve quick-fix methodes, zoals elektroshocks en EMDR, zorgen ervoor dat de problematiek niet afneemt, maar eerder toeneemt. Bij EMDR neemt de hulpvraag toe, omdat trauma gebruikelijk is tijdens een levensloop en het dus ook daar wordt toegepast waar weerbaarheid en steun al voldoende zijn. Verder is de denkfout dat het weghalen van de angst het trauma weghaalt, zorgwekkend, want de angst is het signaal en als het signaal dat er wat aan de hand is weggehaald wordt, is het trauma niet goed vindbaar meer en werkt het wel door in het functioneren. De elektroshock is in feite een ernstige hersenschudding en daarvan zijn we aan het ontdekken dat het duurzame en ernstige gevolgen heeft.

Onderzoek en ervaring laten twee dingen zien: de wachtlijsten groeien en het aantal methodes groeit, terwijl de hulpverlening minder effectief blijkt te zijn.

Factoren die een rol kunnen spelen in de aanpak van de lange wachtlijsten in de jeugdzorg

1: De non-specifieke factoren in hulp zijn belangrijk en zijn voor 40 tot 60% verantwoordelijk voor het resultaat. Non-specifieke factoren zijn dus niet de methodes of protocollen, het zijn met name factoren in de bejegening (oprecht contact maken; gelijkwaardige samenwerking; beschikbaar zijn; rechtstreekse communicatie), zoals Remkes door een andere bejegening een ander resultaat kreeg bij de boeren. Dat wil zeggen dat met non-specifieke hulp een groot deel van de problemen al opgelost en voorkomen kan worden. Het wil ook zeggen dat gespecialiseerde hulp minder ingezet hoeft te worden dan men nu doet.

Dit verkort de wachtlijst.

2: Het is dus van belang om eerst degenen van de wachtlijst af te halen die snel en non-specifiek geholpen kunnen worden. *Dit versnelt en verkort de wachtlijst.*

3: Op de wachtlijsten herstelt vanuit zichzelf al 66%. Dit betekent dat hoop op hulp de zelfredzaamheid verhoogt. De 34% die overblijft zijn er ernstiger aan toe dan toen ze op de wachtlijst begonnen. Hoop maakt problemen dragelijk, zeker als deze realistisch blijkt, dat wil zeggen dat de betrokkene het gevolg heeft begrepen te worden. De wachtlijst is dus divers en moet als zodanig behandeld worden en de kwaliteit van de wachtlijst moet aangepakt worden, in de volgende punten uitleg daarover.

4: In de nieuwste DSM (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders; handboek voor psychische problematiek) geven de schrijvers aan dat de diagnostische criteria niet werken (DSM-5; American Psychiatric Association, o.a. pp. 65 en 959, Nederlandse editie). Het leidt tot veel comorbiditeit (meerdere diagnoses tegelijk bij dezelfde persoon) en veel comorbide behandelingen. De uit de hand gelopen toename van comorbiditeit ontstaat door het afnemen van vragenlijsten waar een diagnose uitkomt. Aan de diagnose is dan een behandeling gekoppeld. Over het algemeen werkt dit niet (de psychische zorg is niet erg succesvol met zijn methodes), waardoor een nieuwe vragenlijst wordt afgenomen, vaak door een nieuwe instelling waar een nieuwe diagnose uitkomt met een nieuwe daaraan gekoppelde behandeling. Dit is een van de belangrijke factoren in het ontstaan van de lange wachtlijsten én de toename van de wachtlijsten. Het zoeken naar diagnoses verziekt de maatschappij. Veel mensen in de ggz komen recidief op de wachtlijst door quick-fix-hulp en door gestapelde diagnoses met gestapelde behandelingen.

Geen diagnose volgens DSM en (averechtse) behandeling per 'waargenomen' symptoom, maar kijken naar het totaal (de mens) en wat onderliggend is (de bron). En stoppen met: van instelling naar instelling en van (her)diagnose naar (her)diagnose). **Dit verkort de wachtlijst en het aantal wachtlijsten.**

5: De meeste problemen bij kinderen ontstaan door echtscheiding van hun ouders. In de jeugdzorg zitten bijna uitsluitend kinderen uit echtscheidingsituaties. Kinderen vertonen slechts een beperkt aantal problematische gedragingen; hierdoor kan men bij het zoeken naar diagnoses gemakkelijk tot een foute diagnose komen (zeker met vragenlijsten is dit een groot risico). Of er een echtscheiding speelt is snel, eenvoudig en trefzeker vast te stellen, zonder dat er gespecialiseerde professionals ingeschakeld moeten worden. Daar is geen multidisciplinair overleg voor nodig. Hulp kan aangeboden worden, want hulp bij verwerking van echtscheiding bestaat, ook voor kinderen. Overigens is de zo noodzakelijke relatietherapie uit de vergoeding door de zorgverzekering gehaald en kan deze niet eens aangeboden worden ter preventie. Vaak wordt deze laagdrempelige hulp niet ingeschakeld, omdat er gezocht wordt naar diagnoses. Het is echter effectief om in geval van echtscheiding in ieder geval eerst de echtscheidingsproblematiek te behandelen, die daadwerkelijk altijd speelt bij kinderen (ontkenning daarvan is in het belang van ouders en beslist niet in het belang van kinderen); terwijl bij diagnoses altijd onzekerheid is of de diagnose klopt. Men kan als het ware *daarna* behandelen wat nog overgebleven is. Villa Pinedo kan hierin een belangrijke rol spelen. **Voorkomt onbehandelde problematiek en verkort de wachtlijst.**

6: Wanneer er in een gezin verslaving speelt, hebben kinderen hierdoor al snel een scala aan problemen, die zouden kunnen verdwijnen als de verslaving behandeld wordt. In plaats van kinderen uit huis te plaatsen, zou het rechtvaardiger en praktischer zijn om de verslaafde ouder (meestal de vader) uit huis te plaatsen en aan de verslaving te werken. Overigens zou dit juridisch correct zijn, want in geval van een conflict tussen de rechten van het kind en de rechten van de mens, moeten de rechten van het kind prevaleren! Deze interventie zorgt er bovendien voor dat de energie van de hulpverlening gericht wordt op datgene waar het om draait: de moeilijke relatie tussen de ouders, waar de kinderen de dupe van zijn; 'dicht bij huis' blijkt al te vaak niet 'dicht bij het kind'. **Voorkomt onbehandelde problematiek en verkort de wachtlijst.**

7: Wanneer er schoolproblemen zijn, heeft dit vaak achterliggende redenen, met name in de thuissituatie. Wanneer de schoolproblemen op zichzelf lijken te staan, gaat het vaak om kinderen die heel goed kunnen leren en dan plotseling niet meer. In het eerste geval moet de oorzaak (meestal de thuissituatie) behandeld worden; in het tweede geval moet aandacht besteed worden aan de leerstrategie; deze is dan meestal *leren door begrijpen* in plaats van *leren door herhalen* of *leren door een principe toe te passen*. Het gaat hierbij om de grote groep thuiszitters. Dit wordt niet opgelost door speciaal onderwijs (ook al zo'n wachtlijst en kostenpost), maar met passende hulp door het versterken van de communicatie van leerling en leerkracht. **Dit versnelt de wachtlijst.**

8: Wanneer er seksueel misbruik en mishandeling speelt, is er meestal sprake van verslaving van een ouder en is het effectiever om de verslaafde ouder te behandelen (zie punt 6). Voor de problematiek van seksueel misbruik en mishandeling is het verstandiger rechtstreeks naar een specialistische hulpverlening voor seksueel misbruik en mishandeling te gaan, waar zowel onderzocht wordt of er sprake is van misbruik of mishandeling en behandeling zelf kan plaatsvinden. Hier kan Iva Bicanic en het landelijk centrum hiervoor een rol spelen. De wachtlijtsverkortings hierbij zou prioriteit moeten hebben, omdat seksueel misbruik en mishandeling door generaties oorgegeven worden en in de toekomst een veelvoud aan deze problematiek oplevert, wat we nu, naar het verleden kijkend, ook meemaken in de toename ervan. **Dit versnelt de wachtlijst.**

9: Om te zorgen dat er een juist beeld ontstaat over wat er met een kind / jongere aan de hand is, is het antwoord niet om diagnoses te zoeken; zeker niet omdat degenen die het handboek hebben geschreven dat fout en misleidend vinden, maar om een GDA uit te voeren, een Grafische Dossier Analyse. Deze kan laagdrempelig uitgevoerd worden door niet gespecialiseerde, niet academisch opgeleide professionals met een training in GDA. Het gaat hierbij niet om een methode die door de hulpverlener op de client wordt toegepast, maar een manier waarmee de client samen met de hulpverlener het leven van de client in kaart brengt en in een A3 alle gegevens van de levensloop zichtbaar maakt.

In een GDA wordt de levensloop in zijn geheel in kaart gebracht, met alle belangrijke elementen. De causaliteit in de levensloop wordt vanzelfsprekend duidelijk door de chronologie van leeftijd, gebeurtenissen en gedrag(sveranderingen). Een van de grote voordelen ervan is dat het met de betrokkene gemaakt wordt en daardoor wordt het inzicht in het leven van een kind meteen objectief en volledig. Er ontstaat op deze wijze vanzelfsprekend een positieve werkrelatie tussen kind of jongere en de hulpverlener, bij jonge kinderen de ouder. Het werkt op zich al therapeutisch, omdat de betrokkenen zich gehoord voelen en serieus genomen. Het geeft een beeld van de hele mens en de onderlinge relatie tussen gebeurtenissen in de levensloop en de aanleg. Eveneens een voordeel is dat het dossier verkort kan worden, omdat herhalingen overbodig worden en de GDA in de loop der tijd aangevuld kan worden met nieuwe gegevens. Steeds opnieuw je verhaal moeten vertellen, wordt dan overbodig en men kan snel naar de kern. *Dit beeld op het gehele leven verkort de wachtlijst, omdat een deel al door de GDA zelf geholpen is, foutdiagnoses en herdiagnoses voorkomen kunnen worden en het versnelt de intake.*

Deze punten zorgen met elkaar niet alleen voor een verkorting van de wachtlijst, maar ook voor een effectievere hulp die bovendien ook nog goedkoper is.

Conclusie

Het is mogelijk om de wachtlijsten te verkorten. Het kan alleen door mensgerichte in plaats van diagnosegerichte hulp. Dat is niet alleen humaner, maar ook goedkoper, en ... het doet recht aan de rechten van het kind, iets wat meer verwaarloosd wordt dan men in de gaten heeft.

De zorgverzekeraars hechten aan diagnoses en behandelprotocollen die daaraan gekoppeld zijn. Dit staat effectievere hulp in de weg en verlengt de wachtlijsten.

Het is dan ook treffend dat de schrijvers van de DSM-5 aangeven dat die focus op diagnoses met het multiaxiale systeem alleen werkzaam is voor overheid en zorgverzekeraars (DSM-5, p.69, Nederlandse editie).

Dr. Martine F. Delfos, oktober 2022

www.mdelfos.nl