



Pubers in de Knel: Adolescenten geconfronteerd met Geestelijke Gezondheidszorg.

Dr. Daniel Neves Ramos

ZNA UKJA - Zorgeenheid gedragsstoornissen

Netwerkpsychiater PANGG 0-18

27ste Inwooncursus Domus Medica "Psychiatrie" : Kempense
Meren Mol. maandag 10 april 2017 van 09.00 uur tot 10.30 uur.

Vragen vanuit de organisatie

- Wat gebeurt er allemaal in de hersenen van pubers?
- In deze levensfase ontstaan er rel. veel ziekten zoals persoonlijkheidsstoornissen; hoe kunnen we die vroegtijdig herkennen?
- Niet te snel een diagnose stellen: is er een aspect "lijden" aanwezig?
- Wat kan er bijgestuurd worden?
- Pubers experimenteren: wat is "normaal" en wanneer is het niet meer normaal?
- Wanneer verwijzen, naar wie en hoe verwijzen?
- Opletten met zelf behandelingen instellen: wat zijn de gevaren?

Vragen vanuit de organisatie

- Met welke medicatie zeker opletten?
- Is er "preventie" van psychiatrische ziektebeelden mogelijk? Wat is er te voorkomen? En hoe bereiken we dat?
- belang van zelfbeeld
 - o eetstoornissen
 - o Automutilatie: casus bij littekens... hoe begin je het gesprek? Belang om als huisarts een gesprek te initiëren en zodoende aan te geven dat de patiënt "welkom" is in de praktijk om erover te praten als hij/zij er klaar voor is...
- Crisisopvang

Inhoud

- ▣ Normale psychosociale ontwikkeling van de adolescent in een notedop
- ▣ Waarmee komt de huisarts in aanraking?
 - ▣ Vragen ADHD
 - ▣ Automutilatie
 - ▣ vermoeden psychose
- ▣ Wat is nog voor de eerste lijn?
- ▣ Psychofarmaca voor niet-psychiaters
- ▣ Crisissen en wachtlijsten: wat nu? Organisatie van de crisiszorg in Provincie Antwerpen

Citaat

“Onze jeugd heeft tegenwoordig een sterke hang naar luxe, heeft slechte manieren, minachting voor het gezag en geen eerbied voor ouderen. Ze geven de voorkeur aan kletspraatjes in plaats van training....Jonge mensen staan niet meer op als een oudere de kamer binnenkomt. Ze spreken hun ouders tegen, houden niet hun mond in gezelschap...en tiranniseren hun leraren.

Socrates (5^{de} eeuw vc)

Onze jeugd heeft tegenwoordig een sterke hang naar luxe, heeft slechte manieren, minachting voor het gezag en geen eerbied voor ouderen. Ze geven de voorkeur aan kletspraatjes in plaats van training....Jonge mensen staan niet meer op als een oudere de kamer binnenkomt. Ze spreken hun ouders tegen, houden niet hun mond in gezelschap...en tiranniseren hun leraren.

Ontwikkelingen bij de adolescent

- Tussen 10 jaar en 25 jaar:
 - Lichamelijke ontwikkeling
 - Cognitieve ontwikkeling
 - Sociaal-emotionele ontwikkeling
- De verschillende wegen beïnvloeden elkaar
- Verschillend tempo van de verschillende wegen
 - Geslachtsrijping is reeds volledig voltooid, terwijl sociaal-emotioneel en cognitieve ontwikkeling nog niet!
- Verschillend tempo in de rijping van de verschillende hersengebieden

Ontwikkelingstaken van de adolescent

- Ontwikkelingstaken van de adolescent (Erikson)
- • Positie ten opzichte van de ouders: verwerven van **autonomie** ten opzichte van de ouders en het bepalen van een eigen plaats binnen de veranderende relaties in het gezin en de familie.
- • Onderwijs of werk: **kennis en vaardigheden** opdoen om een beroep uit te kunnen oefenen en een keuze maken ten aanzien van werk.
- • **Vrije tijd**: ondernemen van leuke activiteiten in de vrije tijd en het zinvol doorbrengen van de tijd waarin er geen verplichtingen zijn
- • Eigen **woonsituatie**: zoeken of creëren van een plek waar je goed kunt wonen en het omgaan met huisgenoten

Ontwikkelingstaken van de adolescent

- • **Autoriteit** en instanties: accepteren dat er instanties en personen boven je gesteld zijn, binnen geldende regels en codes opkomen voor eigen belang
- • **Gezondheid en uiterlijk**: zorgen voor een goede lichamelijke conditie, een uiterlijk waar men zich prettig bij voelt en een goede voeding en het vermijden van overmatige risico's
- • **Sociale contacten** en vriendschappen: contacten leggen en onderhouden, oog hebben voor wat contacten met anderen kunnen opleveren, je openstellen voor vriendschap, vertrouwen geven en nemen, wederzijdse acceptatie
- • **Intimiteit en seksualiteit**: ontdekken wat mogelijkheden en wensen zijn in intieme en seksuele relaties.

3 fases in sociaal-emotionele ontwikkeling

- Fase I (10-14 jaar)
 - Losmaken van ouders
 - Leeftijdsgenoten zijn het kompas, niet opvallen, groepsdruk
 - Impulsief, hier en nu
 - Emotioneel gevoelig
 - => Impulsieve beslissingen
- Fase II (14- 16 jaar)
 - Ontwikkeling van eigen Ik
 - Om erbij te horen moet je opvallen
 - Experimenteren, grenzen verleggen
 - Stemningswisselingen
 - => Beslissingen en rekening houden met gevolgen
- Fase III (16- 22 jaar)
 - Zelfbewuster, meer eigen identiteit
 - Verantwoordelijkheid
 - Vooruit denken, zelfreflectie
 - => Beslissingen nemen door weloverwogen keuzes

Wat gebeurt er in die hersenen?

- Sinds het eind van de jaren '90 is het **hersenenonderzoek** veel beter geworden. Daardoor is er een hoop **kennis** over de ontwikkeling van het brein bijgekomen. Dat heeft vooral veel duidelijk gemaakt over de ontwikkeling van het brein in de **adolescentie**: de periode van 10 tot 22 jaar. Onderzoekers hebben ontdekt dat de hersenen van een kind blijven groeien en **veranderen** totdat hij 22 of 23 is. En dat heeft rechtstreeks invloed op zijn **gedrag** in die periode.

Dynamic mapping of human cortical development



Source: "Dynamic mapping of human cortical development during childhood through early adulthood," Nitin Gogtay et al., Proceedings of the National Academy of Sciences, May 25, 2004; California Institute of Technology.

Wat gebeurt er in die hersenen?

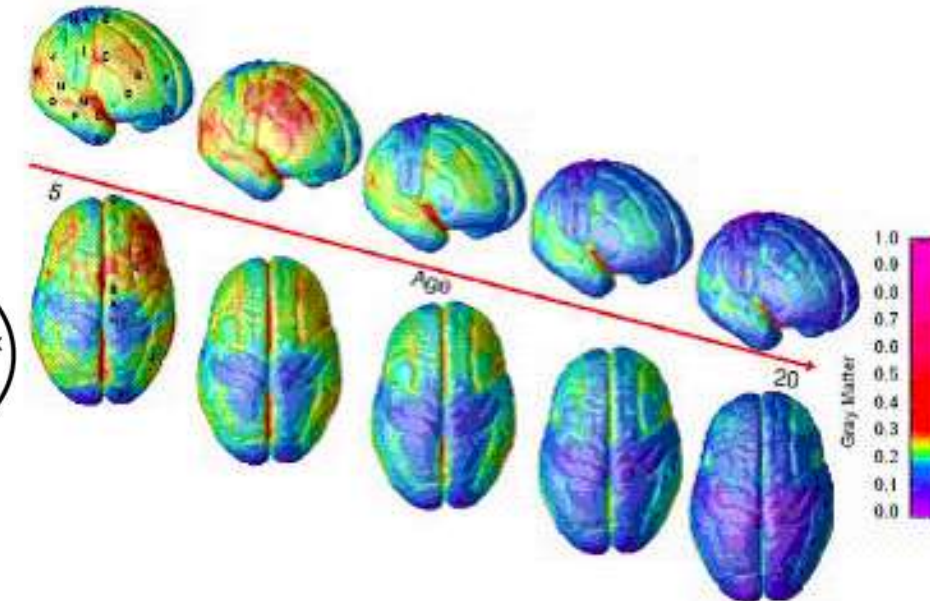
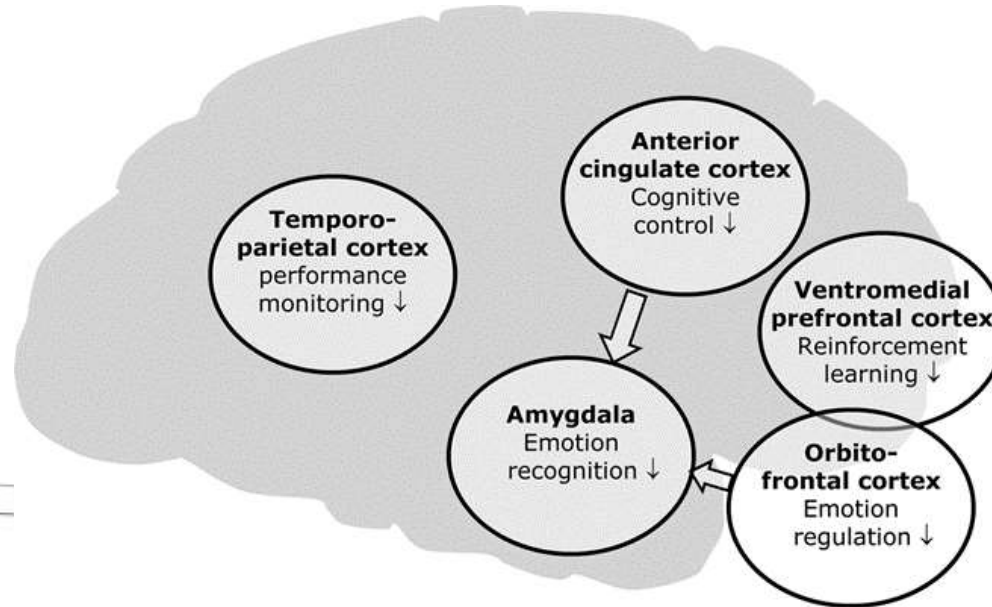
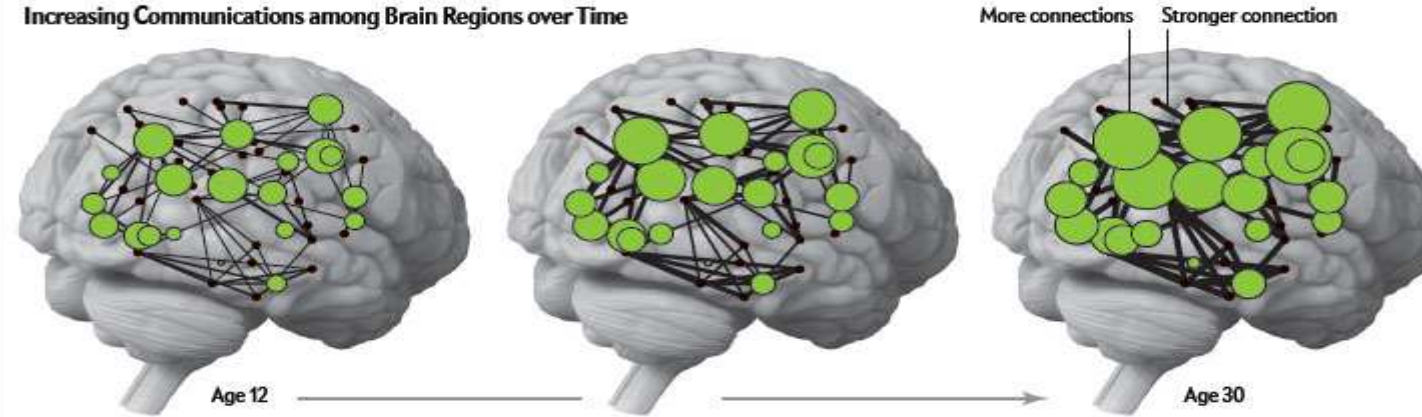
- Jonge adolescenten die naar plaatjes met angstige gezichtsuitdrukkingen kijken, vertonen meer activiteit in de amygdala dan in de frontaallobben. Het omgekeerde is het geval bij volwassenen. De adolescent neigt dus vanuit emoties ('buik') te reageren en volwassenen meer met rationeel denken ('hoofd'). De verandering richting evenwichtig en volwassen reageren op emotioneel materiaal vindt vooral plaats door groei in de frontaallobben.
- Ook de amygdala en de hippocampus nemen tijdens de adolescentie toe. Beide zijn betrokken bij het genereren van emoties. Maar de prefrontale cortex die met zelfsturing of zelfbeheersing te maken heeft rijpt wat later (late adolescentie vroege volwassenheid). Adolescenten ervaren dus veel passie en emoties, maar kunnen dit nog niet goed beteugelen.

■

The most significant change taking place in an adolescent brain is not the growth of brain regions but the increase in communications among groups of neurons. When an analytical technique called graph theory is applied to data from MRI scans, it shows that from ages 12 to 30, connections between certain brain regions

or neuron groups become stronger (*black lines that get thicker*). The analysis also shows that certain regions and groups become more widely connected (*green circles that get larger*). These changes ultimately help the brain to specialize in everything from complex thinking to being socially adept.

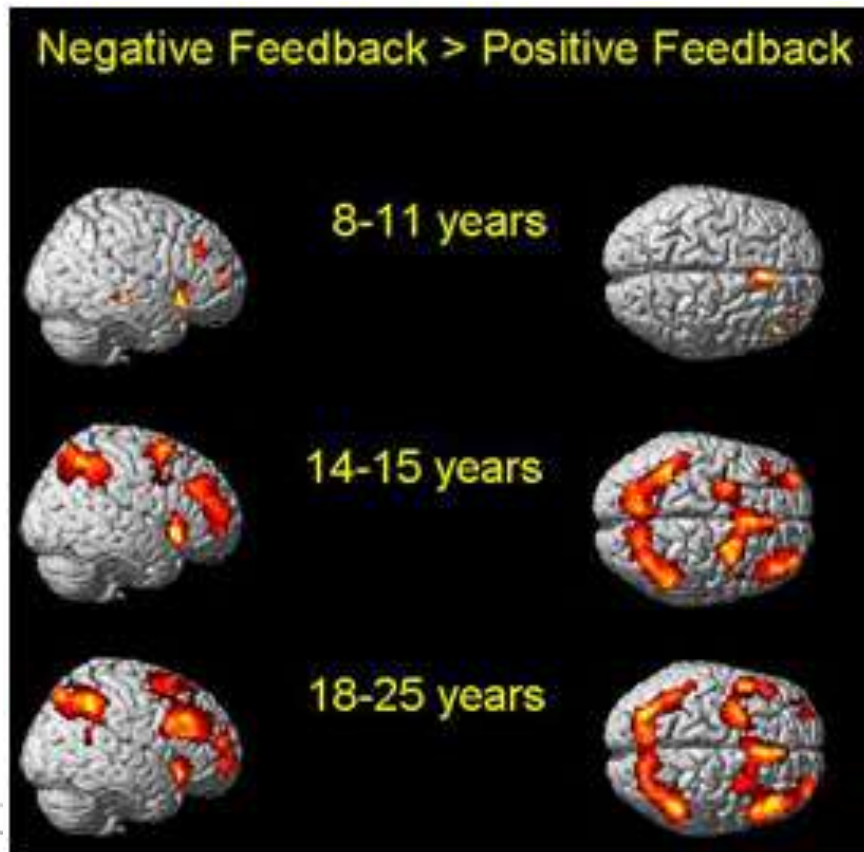
Increasing Communications among Brain Regions over Time



Wat gebeurt er in die hersenen?

- Door de groei van limbische gebieden hebben adolescenten sterke behoefte aan nieuwheid en stimulatie. Daarom zoeken ze risicosituaties op, maar zonder de 'verstandige' beteugeling van een goed ontwikkelde prefrontale cortex. Ouders hebben hier een functie. Ze hebben vaak de neiging de adolescent minder in de gaten te houden, maar daardoor moet de adolescent alleen of met vrienden met verleidelijke situaties leren omgaan. Zonder de 'begeleiding' van de ouders hebben adolescenten meer kans op de negatieve gevolgen van risicosituaties.

Normale ontwikkeling van de adolescent



Adolescent Brain Cognitive DevelopmentSM
Teen Brains. Today's Science. Brighter Future.

Wat gebeurt er in de hersenen?

- ▣ → rationeel vermogen, taal, motorisch, ... → idem als volwassenen
 - ▣ maar
 - ▣ emotieregulatie
 - ▣ zelfbeheersing
 - ▣ novelty-seeking
 - ▣ onmiddellijke behoeftebevrediging
 - ▣ perspectiefname; sociaal inzicht
 - ▣ organisatie en planning onder stress
- nog in ontwikkeling 12-21j

Prefrontale kwab

- ▣ = topmanager van het brein
 - ▣ Verantwoordelijk voor de mentale functies:
 - ▣ Impulscontrole
 - ▣ Beoordelingsvermogen
 - ▣ Probleemoplossing
 - ▣ Planning
 - ▣ Sociaal gedrag
 - ▣ Taal en geheugen
- => Het selecteert welk gedrag past bij welke situatie!

Rijping van achter naar voren

- Eerst motoriek, gezichtsvermogen, emotionele systemen
 - Emotiegebieden vroeg aangelegd. Onder invloed van hormonen=> Heftige emoties, "Nu doen", "Eerst genieten"
- Daarna het middelste deel: coördineert de vorige functies
- Pas als laatste de frontale cortex= het controlesysteem.

Gevolgen van de late rijping van de prefrontale cortex.

- ▣ Laat abstract denken
- ▣ Laat weloverwogen keuzes kunnen maken
- ▣ Consequenties enkel op korte termijn zien
- ▣ Moeilijk kunnen plannen en anticiperen

Normale ontwikkeling van de adolescent

- Tot 12 jaar moeten, vanaf 12 jaar loslaten.
- Beter: tot 12 jaar goed begeleiden en daarna nog veel beter.
- Bij huidige ouders: autoritaire opvoeding is taboe.
- Zelfbewuste houding van de jongere tov twijfelende ouder
- Ouders willen jongere de vriend houden

Maar ouders dienen plaatsvervangende prefrontale cortex te zijn!!!

Good Clinical Practice in de herkenning, diagnose en behandeling van ADHD

Inleiding

- Advies 8846 Hoge Gezondheidsraad in verband met ADHD.
- Minister De Block: ½ tijds ADHD-expert per provinciaal netwerk om diagnose, behandeling en voorschrijfgedrag van medicatie bij ADHD beter af te stemmen op de adviezen van de HGR.
- Fase 1: groep experts
 - Huidige praktijk in kaart brengen.
 - Richtlijnen HGR operationaliseren tot handige, concrete tools.
- Fase 2: provinciale expert
 - Richtlijnen in het eigen provinciaal netwerk vorm geven.
 - Een structuur op poten te zetten die kan instaan voor continuïteit na afloop van het ADHD-expertise-project.

Inleiding

- Relevantie

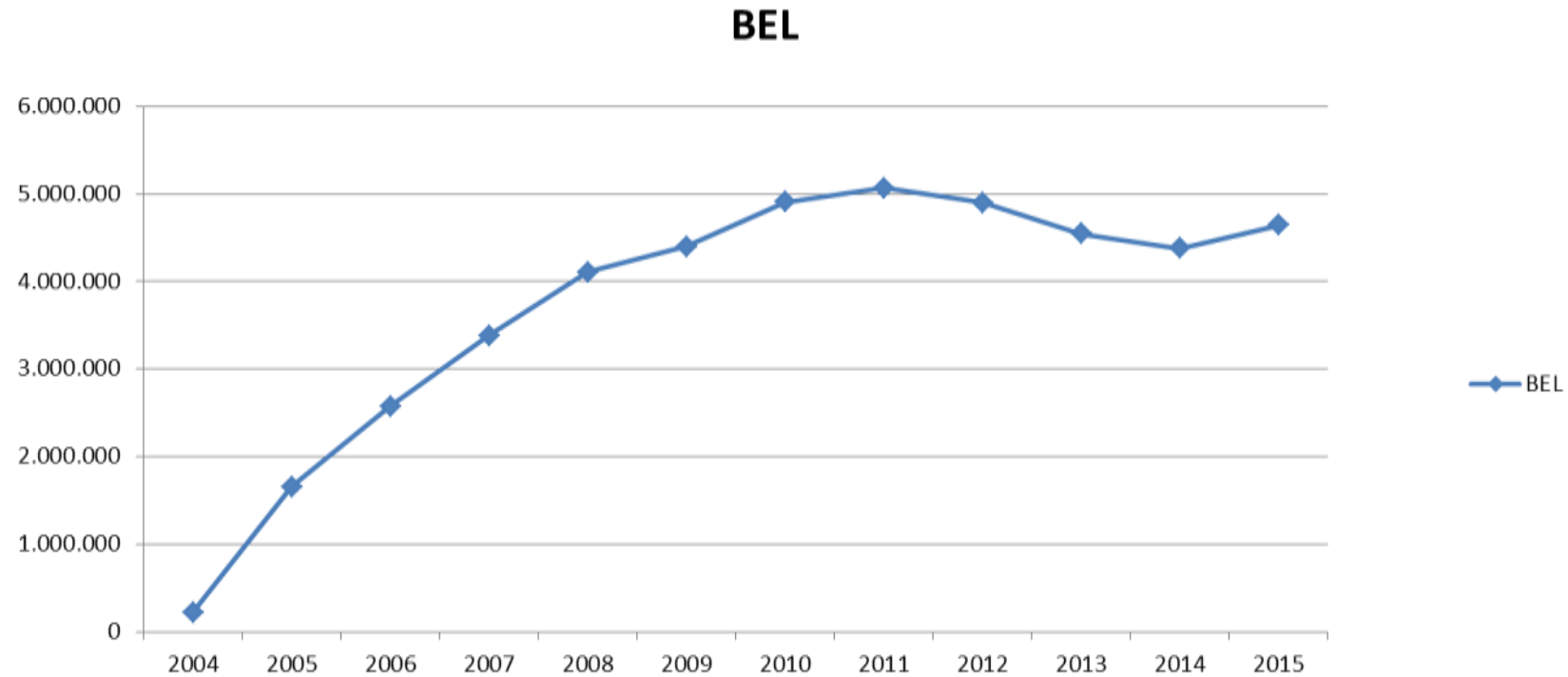
1. Prevalentie

- 6- tot 12-jarigen = 6.5% (+- 4% mild-ernstig)
- 12- tot 18-jarigen = 2.8% (+- 1.5% mild-ernstig)

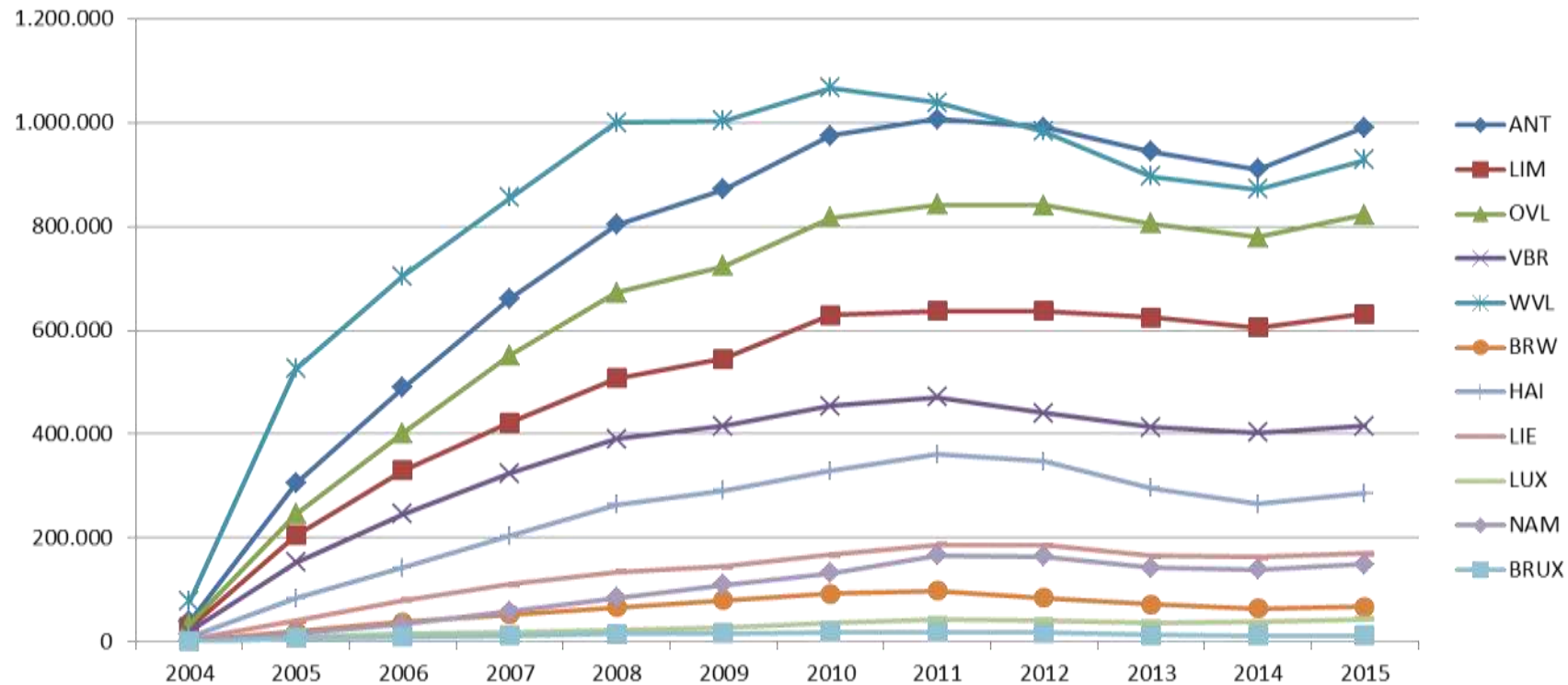
2. Verschillen in voorschrijfgedrag

panggo-18

Évolution du nombre de DDD de psychostimulants délivrés en Belgique de 2004-2015 (bron: IMS/Pharmanet)



Évolution par province du nombre de DDD délivrés



Samenvatting adviezen Hoge Gezondheidsraad

- **Professionals** werkzaam in de tweede- en derdelijnszorg voor kinderen, jongeren en volwassenen moeten in hun **opleiding** en vorming kennis en vaardigheden verwerven in de leeftijdsspecifieke diagnostiek, zorg en behandeling.
- De **diagnostiek**, zoals in dit rapport beschreven, de **advisering** en het opstarten van (zeker medicamenteuze) **behandeling** is een opdracht van een terzake **deskundig team in de tweede of derde lijn**.

Samenvatting adviezen HGR

- De **diagnose** ADHD kan niet gesteld worden alleen op basis van een of andere vragenlijst, gedragsschaal of gedragsobservatie.
- Ten behoeve van **ouders van kleuters, kinderen en jongeren** moeten er laagdrempelige, werkzame **oudertrainingsprogramma's** in groep beschikbaar zijn. Daar wordt in eerste instantie naar verwezen bij ADHD- klachten. Zo nodig wordt voorzien in een individueel aanbod.
- Ten behoeve van **volwassenen** met ADHD en/of gedragsproblemen moeten er goed toegankelijke, werkzame **trainingsprogramma's in groep** beschikbaar zijn.

Samenvatting adviezen HGR

- **Leerkrachten** hebben niet de opdracht ADHD bij kinderen op te sporen. Zij moeten in hun opleiding en vorming kennis en vaardigheden opdoen om kinderen met gedragsproblemen via doelmatige en positieve ondersteunende methodes te begeleiden en nieuw gedrag aan te leren.

Samenvatting adviezen HGR

- Indien er op basis van uitgebreid onderzoek, ook naar comorbiditeit, sprake is van **milde tot matige ADHD** zal men aan ouders, naast ondersteunende begeleiding, een (groeps)trainingsprogramma aanbieden, bij voorkeur samen met het betrekken van de leerkracht.
- Bij **onvoldoende effect** kan gecombineerd **medicamenteuze** behandeling gegeven worden. Dit laatste is de regel bij **ernstige** ADHD.
- Na opstarten en oppuntstelling door de tweedelijs deskundige kan de **medicamenteuze behandeling** verder **onder toezicht van de huisarts** gebeuren, waarbij een **jaarlijkse controle door een tweedelijs-deskundige aanbevolen** wordt.

Screenen op ADHD in de eerste lijn



Vermijd om al over ADHD te spreken... zeg: "aandachtsproblemen", "druk gedrag" en/of "impulsiviteit"

Check
aandacht-
problemen

≥ 5 ?

OF

Check hyper-
activiteit /
impulsiviteit

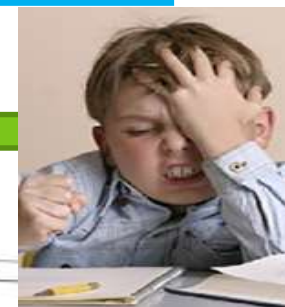
≥ 5 ?



Is het voldoende ernstig ?
Doet het zich thuis en op school voor ?
Leidt het tot problemen ?

Check
gezondheid

- Gehoor, Zicht ?
- Slaapproblemen ?
- Epilepsie ?
- Schildklierlijden ?
- (Genees)middelengebruik ?



zelfverwonding

Definitie

- Zelfverminking, zelfbeschadiging, zelfdestructie, zelfverwonding.
- => zelfverwonding
 - Het gedrag is gericht tegen de eigen persoon.
 - Het heeft een lichamelijk letsel , een wonde tot gevolg
 - Het vertoont (vaak) een stereotiep patroon
- => zelfbeschadiging , zelfdestructie = breder (bv overmatig drinken,..)
- => zelfverminking, automutilatie: zeer zware vormen (bv amputeren , doorsnijden van pezen , doorboren oog,..)
- => zelfverwonding bij verstandelijke handicap (hoofdbonken)
- => zelfverwonding bij dwang

ZVG vs zelfdodingspoging

- Herhaling
- Rituelen
- Mogelijke dood tot gevolg kunnen hebben
- Afscheidsbrief?
- ...

Voorkomen

- Op het einde van het middelbaar: 13, 2 % ooit eens gedaan in het leven.
- 10 % hebben het een tijd gedaan
- 10 % van hen gaat het herhalen binnen het jaar
- Komt vaak voor bij recente veranderingen in de lichamelijke of psychische toestand, middelenmisbruik en recente stressvolle gebeurtenissen.
- Meer bij: gedragsstoornissen, PTSD, ontw.persoonlijkheidsstoornissen, eetstoornissen, angst en stemmingsstoornissen, psychose
- Impulsieve, emotieregulatieproblemen, laag zelfbeeld, perfectionisme
- Voorgeschiedenis van ZVG = voorspeller voor suicide poging in toekomst

Voorkomen 2

- > meisjes
- Opgelet culturele verschillen!
- Bepaalde etnische groeperingen, bv Spaanstalige achtergrond, ...
- Voorgeschiedenis van seksueel misbruik, mishandeling, verwaarlozing, gepest, vrienden met ZVG. Uithuisgeplaatst, in gesloten instellingen verblijven. Asielzoekers

Redenen. Motivatie Waarom?

- ▣ Meestal een vicieuze cirkel !!
- ▣ Fazen in de crisisontwikkeling
- ▣ Redenen:
 - ▣ Ontlading innerlijke spanningen
 - ▣ Manier om gevoelens te uiten
 - ▣ Zelfbestraffing
 - ▣ Emotionele pijn verdoven
 - ▣ Hulpkreet
 - ▣ Opvullen van een innerlijke leegte
 - ▣ Deel van identiteit
 - ▣ Om terug in realiteit te komen
 - ▣ Of juist op zoek te gaan naar een trance
 - ▣ Controle drang
 - ▣ "chantagemiddel"

De endorfines!!

- ▣ Pijn => endorfines
- ▣ Verslaving aan endorfines
- ▣ Alternatieven voor endorfines

Handelen

- GEEN TABOE!!
- Indien chantage: gedragsmatige aanpak.
- In realiteit blijven / ontlading/ afleiding
- "Kan ik iets doen voor jou?"
- Eigen verantwoordelijkheid vs overnemen.
 - Van overnemen naar eigen verantwoordelijkheid
 - Leren uitstellen.
- Verzorgen zoals een wonde. Dus ook pijnstilling!! En met zorg. Van zodra gesloten, littekenpreventie
- Zelfzorg aanleren en leren inschatten wanneer hulp vragen.
- Afdekken .
- Communicatie!! Onderhandelen.
- Doorverwijzen om de oorzaak te onderzoeken

Behandelen

- Psycho-educatie!! En op zoek naar redenen
- Gedrag zal niet veranderen als je geen alternatief gedrag hebt met hetzelfde gevolg. Tot dat men andere copingsvaardigheden aanleert.
- Op zoek naar gezonde Endorfines.
- Crisisontwikkelingsplan
- DGT
 - Gevoel is OK
 - EN andere manier leren om met dat gevoel om te gaan.

Medicatie?

Hallucinaties en psychose

Hallucinaties

- = zintuiglijke gewaarwordingen zonder object, zonder aantoonbare externe stimulus
- Normaal (psychologisch) verschijnsel
 - Belang van suggestie
 - Hypnagoge en hypnopompe hallucinaties
 - Extreme fysieke en psychische omstandigheden
 - Religiositeit, spiritualiteit en paranormaal geloof

Hallucinaties

Abnormaal verschijnsel

- Organische, somatische aandoeningen
- Bijwerkingen van medicatie
- Psychiatrische ziekte

Hallucinaties bij lichamelijke aandoeningen

- ▣ Delier
- ▣ Neurologische aandoeningen (epilepsie, migraine aura)
- ▣ Oor en oogletsels
- ▣ Vitaminedeficiënties
- ▣ Systeemaandoeningen (Lupus,...)
- ▣ Tumoren
- ▣ Infectieziekten met koorts en uitdroging
- ▣ Stofwisselingsziekten (Wilson,...)
- ▣ Doofheid
- ▣ Intoxicatie en onthouding van middelen

Medicijnen met visuele hallucinaties als bijwerking

- Antibiotica (cefalosporines, claritromycine, erythromycine)
- Anticholinergica (oxybutynine)
- Antidepressiva (clomipramine, fluoxetine, paroxetine, sertraline, venlafaxine)
- Anti-epileptica (carbamazepine, fenytoïne, valproïne zuur, zonisamide)
- Antipsychotica (risperidone)
- Clonidine, zolpidem
- Hematopoëtische groeifactor
- L-dopa
- Zuurremmers (ranitidine)
- anti-malariamiddelen (Lariam 20-25%)

Hallucinaties en psychiatrische stoornissen

- Acute angsttoestand bij een gezond kind met een normaal ontwikkelingsprofiel
- Langdurige sensorische/emotionele deprivatie
- Organische aandoening
- Ontwikkelingsstoornis
- Emotionele stoornis
- Dissociatieve stoornis
- Middelenmisbruik
- Psychose/schizofrenie

Hallucinaties en schizofrenie

- 80% auditieve hallucinaties (Kolvin et al, 1971; Green et al, 1984; Russell et al, 1989; Volkmar et al, 1996)
- 13% – 46% visuele hallucinaties
- Hallucinatoire belevingen in de kindertijd verhogen het risico op psychose op latere leeftijd (Poulton et al. 2000; Fennig et al. 1997)

Differentiaaldiagnosen bij hallucinaties

- Verbeelding
- Pseudo-hallucinaties
- Dwangdenken
- Illusoire vervalsingen
- Herbelevingen

Differentiaaldiagnosen bij hallucinaties

- Realiteitsbeleving
- Zintuiglijke kwaliteit

→ bruikbare vragen:

- *Hoor je het zoals je mijn stem kan horen?*
- *Lijkt het op een stem of is het er ook een?*
- *Hoe maak je het onderscheid tussen een gedachte en de stem die je hoort?*
- *Zie je het nu voor je of herinner je je het beeld?*
- *Kan je mij vertellen wat je nu ziet gebeuren?*

Hallucinatoire ervaringen bij kinderen en adolescenten

- Vaak voorkomend: prevalentie: 2% – 30% (94% in poliklin. populatie?)
- Vaak onderrapportage
- Normaal ontwikkelingsfenomeen
- Hoe jonger een kind, des te moeilijker is het vaststellen van (pathologische) hallucinaties
- Vóór het zevende jaar is onderscheid tussen fantasie en psychotische symptomen nauwelijks tot niet te maken

Hallucinatoire ervaringen bij kinderen en adolescenten

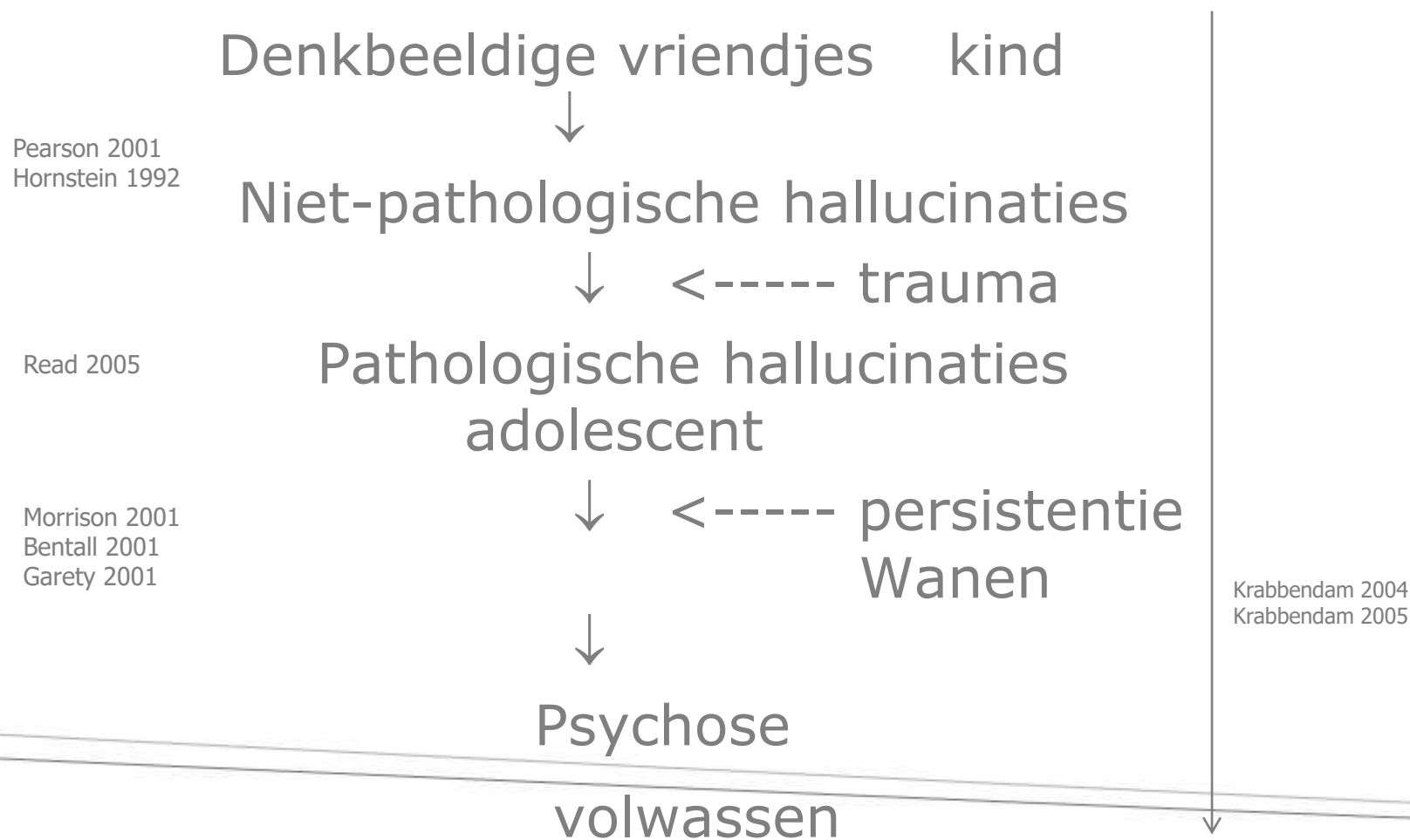
Gehoorschallucinaties

- Meest frequent
- Prevalentie: 5.7% - 21%
- Meestal goedaardig (McGee et al, 2000) en van voorbijgaande aard
- Verhoogd risico op psychische problemen, waaronder psychotische stoornissen

■ Visuele hallucinaties

- Vaker bij kinderen met een organische aandoeningen, angst en dissociatie en bij jongere kinderen
- Verhoogd risico op psychopathologie, waaronder psychose (Poulton et al. 2000; Fennig et al. 1997)

Ontwikkelingsmodel voor psychose



Pathologische vs niet-pathologische hallucinaties

- Emotional distress
- Interferentie met denken
- Frequentie en duur
- Perceived control
- Perceived influence on behavior & feelings
- Affectieve interpretatie over de gevolgen voor het zelf
- Coping-strategieën
- Duidelijke triggers in tijd en plaats
- Geassocieerde psychopathologie
- Sociaal dysfunctioneren
- Vertellen aan andere personen

The occurrence of positive psychotic experiences in an outpatient child- and adolescent psychiatric population in Flanders.

Definitie

- Psychotisch continuum:
Psychotic like experiences (PLE) vs psychotische symptomen vs psychotische stoornis
- PLE :
 - voldoende contact met de realiteit.
 - Frequent, transiënt en goedaardig.
 - Piek in de adolescentie.
- PLE+Genetische kwetsbaarheid+risicofactoren: grotere evolutie naar psychotische stoornis.

Onderzoekspopulatie

- 2009-2015, polikliniek Kinder- en jeugdpsychiatrie UKJA Antwerpen.
- 12j-18j: CAPE-P wordt meegegeven.
- 734/1417: Response rate: 52%.
- Gemiddelde leeftijd 14j, 30.1% meisjes.

CAPE-P

- Verkorte versie CAPE (community assessment of psychotic experiences)
- 20 vragen, over positieve ervaringen, opgedeeld in frequentie van deze ervaring en last.
- Gedichotomiseerde scores (0/1)
- 5 subschalen: hallucinatie, wanen, paranoia, paranormaal geloof, grootheidszin

Resultaten

- Voorkomen: gemiddelde aantal ervaringen 6.93 (op 20), 94.2% min. 1 PLE lifetime experience. (*vs 95% eveneens in algemene populatie in Nederland!*)
- Geslacht: meisjes > jongens (freq: 8.38 vs 6.39 (op 20), $p < 0.001$; last: 6.17 vs 3.95, $p < 0.001$).
- Leeftijd: enkel voor Hallucinatie een significant omgekeerde relatie.

Resultaten

- IQ:
Frequentie: omgekeerde relatie Hallucinatie
Last: omgekeerde relatie Algemene last,
Wanen en Paranormaal Geloof.
- Psychopathologie: Wel algemeen (last), niet specifiek.
- CGAS: moderate impairment > slight or no impairment (7.89 vs 6.22, $p < 0.001$).

Discussie

- Klinische populatie: gemiddeld meer PLEs en meer frequent. Vermoeden dat er ook meer last ervaren wordt (51% min. 1PLE lifetime).
- Hogere scores in groepen die meer disfunctioneren en waarbij de nood aan zorg hoger ligt.
- Psychopathologie: stemmingsstoornissen: deficiëntie in ToM en cognitieve empathie: groter risico op Paranoia.

Conclusie

- PLEs komen frequent voor en verschillen van een psychotisch symptoom of psychotische stoornis.
- Niet predictief voor een diagnose in se. Dus ook niet voor schizofrenie.
- Aanwezigheid van psychopathologie en disfunctioneren als oorzaak voor hogere scores in klinische populatie.

Conclusie

- Wanneer doorverwijzen?

Bij aanwezigheid van persisterende psychotische ervaringen of de combinatie met risicofactoren als: cannabisgebruik, positieve familiale anamnese,

- Vermijd gebruik van 'schizofrenie' gezien negatieve connotatie en vaak overshooting.
- Schizofrenie: vereist meerdere psychotische opstoten, waarbij er duidelijk verlies van realiteit is en lijdensdruk aanwezig is!
- Denk ook aan neurologische/somatische uitklaring en oppuntstelling.

Psychofarmacologie bij kinderen en jongeren voor niet-kinder- & jeugdpsychiaters: Is dit wel een goed idee?

Dr. Daniel Neves Ramos
ZNA UKJA

Overzicht

- Mythes & Media
- Evidence Based Medicine
- Practice Based Medicine
- Conclusies



www.foksuk.nl



Mythes & Media

Knack Nieuws Economie Technologie Lifestyle Entertainment Sport

Meest recent België Wereld Opinie Knack v/d week Knack Clut

Duizenden jongeren aan de antidepressiva

07/12/15 om 09:03 - Bijgewerkt om 09:07

De Christelijke Mutualiteit (CM) luidt de alarmbel omdat jongeren die antidepressiva nemen, bijwerkingen riskeren zoals zelfmoordneigingen. Het aantal jongeren aan antidepressiva steeg de voorbije twee jaar met tien procent.

285 KEER GEDEELD

DE REDACTIE.BE

16 °C 96 KM FILE

Het journaal L - 07/09/16

HOME VIDEOZONE LIVE CENTER

BINNENLAND POLITIEK BUITENLAND CULTUUR & MEDIA WETENSCHAP OOK DAT NO

Meer dan 5.000 Vlaamse jongeren nemen antidepressiva

HOME DOSSIERS NIEUWS FOR

Zoek op gezondheid.be

home > nieuws > antidepressiva

Antidepressivum paroxetine gevaarlijk voor jongeren

LAATST BIJGEWERKT: OKTOBER 2015 | 1994 X GELEZEN

G **f** **t** **p** **e** **+** **1**

NIEUWS Het antidepressivum paroxetine (merknaam Seroxat) is niet veilig en heeft ook nauwelijks effect voor kinderen en jongeren met een ernstige depressie. Dat blijkt uit een nieuwe analyse van onderzoeksgegevens van het farmaceutische bedrijf GSK in het Britisch Medical Journal (BMJ). De oorspronkelijke studie uit 2001 kwam tot het besluit dat paroxetine beter werkt dan andere antidepressiva en minstens even veilig is.

100 tabl. Var 03 84 48
Seroxat 20 mg

VRT

Mythes & Media



home > nieuws > slaapproblemen

Hoge Gezondheidsraad waarschuwt tegen risico's van stimulantia zoals Rilatine

LAATST BIJGEWERKT: OKTOBER 2011 | 1 REACTIES | 17437 X GELEZEN



NIEUWS In een nieuw advies waarschuwt de Hoge Gezondheidsraad voor de mogelijke risico's van stimulantia zoals Rilatine (methylfenidaat). Rilatine wordt vooral voorgeschreven voor behandeling van ADHD. Alhoewel reeds lang in gebruik is de veiligheid van het meest gebruikte medicijn, methylfenidaat, onvoldoende onderzocht.

Algemeen geldt dat zowel bij de start van de medicatie als tijdens de behandeling gewicht, lengte, bloeddruk en pols gemeten moeten worden. Een jaarlijkse evaluatie wordt



Druglijn.be > Drugs ABC > Verspreide vragen > Is Rilatine een medicijn of een drug?

Is Rilatine een medicijn of een drug?

Rilatine is een medicijn, maar wordt door sommigen als drug gebruikt. Het middel is bedoeld als medicijn dat artsen en (kinder)psychiaters kunnen voorschrijven na een grondig onderzoek naar ADHD (Attention Deficit/Hyperactivity Disorder oftewel aandachtstekortstoornis met hyperactiviteit) of ADD (Attention Deficit Disorder).



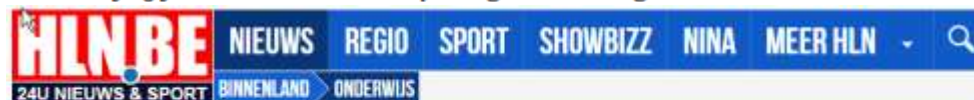
Meest recent België Wereld Opinie

Knack v/d week Knack C

Wat doet Rilatine met het brein?

10/10/11 om 11:11 - Bijgewerkt om 11:11

Het gebruik van Rilatine, medicijn voor de behandeling van ADHD, is de voorbije 5 jaar verdubbeld. Bodytalk geeft duiding.



MISBRUIK ADHD-MEDICIJNEN BLIJFT TOENEMEN

7.000 studenten slikken elke dag blokdoping

Mythes & Media

Rilatine heeft geen enkele invloed op leercapaciteit van studenten zonder ADHD

LAATST BIJGEWERKT: JULI 2011 | 4748 X GELEZEN



NIEUWS Ritalin heeft geen enkele invloed te hebben op de concentratie of het geheugen. Dat blijkt uit een onderzoek van de Vrije Universiteit van Brussel bij 21 studenten. Bij kinderen en jongeren met ADHD is Rilatine wel effectief om de concentratie te verbeteren.

De helft van de studenten kreeg Rilatine, de andere helft een placebo. De studenten wisten niet of ze het placebo of echte geneesmiddel kregen. Tussen

beide groepen werd geen verschil waargenomen voor wat betreft de leercapaciteit (korte- en langetermijngeheugen), de waakzaamheid en het vermoeidheidsgevoel.

Er blijkt wel een placebo-effect op te treden. De studenten die dachten dat ze Rilatine gekregen hadden, konden gemiddeld 108 van de 200 getoonde woorden onthouden. Zij die dachten dat ze een placebo gekregen hadden, slechts 72.

Mythes & media

DeMorgen. **Cult.** Muziek, film, tv, expo **Zine.** Interview, foto, lifestyle

WETENSCHAP

Kwart meer kinderen slikt antipsychotica

10-07-12, 04.53u - Door: Sara Vandekerckhove - Bron: De Morgen

LEES LATER

GGZnieuws.nl

Psychische Aandoeningen ▾ Zoek op onderwerp ▾ Aanmelding nieuwsbrief Ma

ADHD, JEUGD, MEDICATIE

Met voorschrijven antipsychotica schrijven artsen kinderen af. Gewichtstoename en risico op diabetes en hartaandoeningen

Zombiegedrag: kinderen slikken steeds meer antipsychotica

Nieuws » Gezondheid » Zombiegedrag: kinderen slikken steeds meer antipsychotica

in: Gezondheid Robin de Boer 9 december 2012 10:28 416 keer bekeken



Mythes & Media



Belgische kinderen slikken meer medicijnen dan ooit

22/11/12 om 05:52 - Bijgewerkt om 05:52

Belgische kinderen nemen recordhoeveelheden medicatie. Het gebruik bij min-18-jarigen is op vijf jaar tijd met 15 procent gestegen. Kinderartsen noemen dat 'hallucinante cijfers'.

Mythes & Media

KATHOLIEKE UNIVERSITEIT
LEUVEN

Metaforum visietekst 1

Het toenemend gebruik van psychofarmaca

Visietekst werkgroep Metaforum Leuven, voorgesteld op het symposium van 5 maart 2010

Samenstelling werkgroep:

Coördinator: prof. dr. Stephan Claes, Psychiatrie

Prof. dr. Minne Casteels, Farmacologie
 Prof. dr. Marina Danckaerts, Kinder- en Jeugdpsychiatrie
 Prof. dr. Jan De Lepelre, Huisartsgeneeskunde
 Prof. dr. Koen Demyttenaere, Psychiatrie
 Prof. dr. Gert Laekeman, Farmacie
 Prof. dr. Patrick Luyten, Psychologie
 Prof. dr. Bart Pattyn, Ethiek
 Prof. dr. Erik Schokkaert, Economie
 Dr. Tom Truyts, Economie

Metaforum Leuven
www.kuleuven.be/metaforum

Type medicijn	Voorgeschreven bij	Dosissen per dag 2007	Dosissen/dag 2011	Vershil
1. Middelen tegen aandoening luchtwegen	astma	22.317.136	26.934.005	+21%
2. Geslachtshormonen (de pil)	voorkomen van zwangerschap	13.550.996	15.960.909	+18%
3. Antibacteriële middelen (antibiotica)	bacteriële infecties	12.139.346	13.894.377	+14%
4. Antihistaminica	allergieën	9.704.468	10.152.567	+5%
5. Neuspreparaten	rhinosinusitis	5.878.548	7.125.791	+21%
6. Psychoanaleptica	ADHD, depressie	4.291.401	5.776.756	+35%
7. Middelen tegen maagzuur	reflux	2.386.153	3.629.510	+52%
8. Oog- en oorheelkundige middelen	oog- of oorontsteking	2.592.621	3.309.934	+28%
9. Anti-inflammatoire middelen	pijn, koorts, ontsteking	3.029.209	3.023.998	0%
10. Middelen voor oogheelkundig gebruik	oogontsteking, allergieën	2.664.755	1.846.193	-31%
11. Antidiabetische middelen	diabetes	1.428.275	1.773.367	+24%
12. Anti-epileptica	epilepsie	1.671.545	1.704.137	+2%
13. Psycholeptica	psychose, schizofrenie	843.733	1.152.884	+37%
14. Hoest- en verkoudheidsmiddelen	hoest (met slijm)	1.176.233	1.118.476	-5%
15. Hypofyse- en hypothalamushormonen	groeiachterstand, bedplassen	1.179.716	1.105.705	-6%



Evidence Based Medicine?

- Welke psychofarmaca hebben een officiële registratie voor behandelingen van psychiatrische stoornissen bij minderjarigen?
 - Psychostimulantia
 - methylfenidaat, dextroamfetamine & atomoxetine, guanfacine → ADHD
 - Antidepressiva
 - fluoxetine: depressie bij kinderen
 - Sertraline: obsessieve compulsieve stoornis (OCS) (bij volwassenen en kinderen en adolescenten in de leeftijd van 6-17 jaar)

Evidence Based Medicine?

- Antipsychotica

- risperidone → Kortdurende behandeling (tot 6 weken) van aanhoudende agressie bij kinderen met verminderd verstandelijk vermogen (van minstens 5 jaar) en jong volwassenen met een gedragsstoornis.
- aripiprazole → schizofrenie 15-18j, bipolaire manie 13-18j
- amisulpiride → psychose vanaf 15j
- pimozide → tics vanaf 3j
- haloperidol → psychose, manie, tics, agitatie bij kinderen
- pipamperon → psychose, agitatie bij kinderen
- Clotiapine → vanaf 16j
- Clozapine → therapieresistente schizofrenie vanaf 16j

- Kalmeermiddelen → niet

Pratice Based Medicine

■ Aripiprazole

- Tics, gedragsstoornissen en autisme: Off-label
 - starten met 1mg/d en traag opbouwen ifv effect
- Psychose:
 - < 15 jaar: Off-label
 - > 15 jaar: On-label
 - start met 2,5mg/d → opbouwen +2,5mg/w naar 10mg
 - oppassen voor rebound bij voorgaand antipsychotica
- Manische episodes bij bipolaire stoornis type I:
Off-label <13jaar, On-label > 13y

Practice Based Medicine

- Haloperidol

- Vanaf 0 jaar?: Psychose, manie, ernstige vormen van opwinding en onrust.
 - *Dosering:* Bij kinderen met tics, gedragsstoornissen en autisme kan gestart worden met 0,25-0,5 mg per dag. De dosering wordt elke week verhoogd met 0,25-0,5 mg tot het gewenste resultaat. Meestal wordt dit bereikt bij doseringen tussen 1 en 2 mg per dag. Bij kinderen met een psychose kan een hogere dosis noodzakelijk zijn, 2 tot 4 mg per dag.

- Quetiapine

- inslaper, stemmingsschommelingen off label
 - *Dosering:* Quetiapine moet gestart worden met 25 of 50 mg per dag, in een avonddosering. Dit is meestal al voldoende indien het middel als hypnoticum wordt gebruikt.
 - Per week de dosis met 50 of 100 mg verhogen, op geleide van het beeld en de bijwerkingen. Meestal is 3 à 400 mg per dag voldoende voor anti-manische effecten (XR).

Practice Based Medicine

- Pimozide

- Psychose vanaf 3j; tics off-label

- *Dosering:* Start met 0.5 tot 1 mg. De dosering kan iedere week verhoogd worden met 0.5 mg tot het gewenste resultaat. Geadviseerde maximale dosis bij kinderen (3-12 jaar) met tics of psychose: 0.1 mg per kg per dag. Pimozide heeft een werkingsduur van enkele dagen zodat een steady state pas na meer dan een week tot stand komt. Eenmaal daags doseren past dus goed bij dit middel.

- Pipamperon

- opwinding & onrust

- *Dosering:* Starten met een vloeibare avonddosering van 4 of 6 mg per dag. Daarna per week verhogen in stappen van 4 mg, en de dagdosering verdelen over 2 giften. De effectieve dosis is per kind verschillend. Het is daarom aan te raden met een lage dosis te beginnen en in de loop der weken op te bouwen tot een maximum van 40 mg per dag, afgaande op effecten en bijwerkingen.

Pratice Based Medicine

- Risperidone:
 - Gedragsstoornissen van 5 tot 18 jaar, psychose, tics, ASS.
 - starten met 1 x 0,25 mg en op geleide van het klinisch beeld langzaam verhogen
 - Een effectieve dosis bij kinderen en jeugdigen ligt meestal ergens tussen de 0,25 en 2 mg per dag of 0,01–0,08 mg per kg per dag
 - Indien nodig (bij een psychose of manie) kan de dosis verder wekelijks worden aangepast tot een maximum van twee maal daags 3 mg.

Practice Based Medicine

■ Olanzapine

- Olanzapine lijkt effectief te zijn in enkele kleine open onderzoeken bij patiënten met ASS en manie. Een recente studie vergeleek het middel met risperidon en molindone bij kinderen en jeugdigen met schizofrenie. Er is anekdotisch sprake van een kortdurend voorschrijven bij kinderen en jeugdigen met anorexie.
- *Dosering:* Olanzapine moet gestart worden met 2,5 mg per dag, in een avonddosering. Per week de dosis met 2,5 mg verhogen, op geleide van het beeld en de bijwerkingen. De maximumdosis is 20 mg per dag. Het middel kan 1x per dag worden gegeven; het heeft in het algemeen een werkingsduur van ruim een dag.

Pratice Based Medicine

■ Fluoxetine

- **Registratie:** Geregistreerd voor matige en ernstige depressie bij kinderen vanaf 8 jaar, mits voorafgaande en gelijktijdige psychotherapie.
Effectiviteit/indicaties: Tevens is adequaat onderzoek gepubliceerd met gunstige effecten op angststoornissen. Het wordt voorgeschreven bij OCS. Open onderzoek gaf effect aan bij boulimie en ASS.
- **Dosering:** 2,5-40 mg per dag. Meestal wordt 5 tot 20 mg per dag voorgeschreven. Na startdosis (2,5 mg per dag bij kinderen lichter dan 30 kg, en 5 mg per dag bij kinderen zwaarder dan 30 kg), zeer langzame verhoging (één stap per drie weken) op geleide van klinisch beeld en bijwerkingen. Door de lange werkingsduur van het middel is éénmalige toediening per dag of per twee dagen voldoende, en hoeft het middel niet langzaam afgebouwd te worden bij stoppen.

Practice Based Medicine

- Fluvoxamine
 - onderzocht voor OCD vanaf 8j
 - *Dosering:* Starten met 25 mg per dag, altijd geldt: langzame verhoging (bijvoorbeeld 25-50 mg per week) op geleide van klinisch beeld. 50-300 mg per dag (optimaal zou 3 mg per kg per dag zijn, maximum is 5 mg per kg per dag, eenmalig of twee keer doseren per dag).
- Citalopram:
 - Citalopram is adequaat onderzocht op repetitief gedrag bij ASS (niet effectief) en depressie (1 studie positief en 1 studie negatief). Open onderzoek is verricht bij angststoornissen en ASS. Het wordt voorgeschreven bij OCS.
 - Start 5-20mg → per week +5mg tot max 20mg <50kg; 40mg >50kg

Pratice Based Medicine

■ Sertraline

- Bij OCS voor kinderen en jeugdigen in de leeftijd van 6 tot 17 jaar. Sertraline is adequaat onder-zocht bij depressie. Het middel is wel effectief be-vonden in adequaat onderzoek ij angststoornissen.
- *Dosering:* 25-200 mg per dag, start met 25 mg per dag, na één week 50 mg per dag. Boven de 100 mg over 2 keer per dag verdelen.

Pratice Based Medicine

- Tricyclische?
 - Nortriptiline bij ADHD?
 - Clomipramine is adequaat onderzocht en effectief bevonden bij OCS ; een enkel klein open onderzoek bestaat aangaande ASS patiënten.
 - Imipramine bij bedplassen

Pratice Based Medicine

- Noodmedicatie
 - sederende antipsychotica zoals
 - Risperidone → langdurige prikkelbaarheid
 - Zyprexa 5-10mg bij acute agitatie-toestanden
 - Etumine of DHBP po/IM
 - sederende antihistaminica
 - Phenergan ® 40mg
 - Benzo's
 - Lorazepam p.o./IM/IV 1-2,5mg
 - Dormicum IV bvb op spoed of PICU als er monitoring mogelijk is

Practice Based Medicine

Middel	Dagdosering	Spreiding dosering	Interacties
Alprazolam	0,005-0,05 mg per kg per dag	Verdelen over 3 à 6 doses	Niet combineren met CYP3A4 remmers, zoals fluvoxamine
Lorazepam	0,02-0,1 mg per kg per dag	Verdelen over 2 à 3 doses	Geen interactie via CYP-enzymen te verwachten
Oxazepam	0,14-1,7 mg per kg per dag	Verdelen over 2 à 3 doses	Geen interactie via CYP-enzymen te verwachten
Clonazepam	0,02-0,1 mg per kg per dag	Verdelen over 2 à 3 doses	Geen interactie via CYP-enzymen te verwachten
Diazepam	0,1-0,3 mg per kg per dag bij kinderen 3-10 mg per dag bij jeugdigen	Verdelen over 1 of 2 doses	Niet combineren met CYP2C19 remmers
Temazepam	10 mg	Voor de nacht	
Melatonine	0,1-1mg	Voor de nacht	

Practice Based Medicine

- ▣ <http://www.kenniscentrum-kjp.nl/Professionals/Medicatie>



The screenshot shows the website of Kenniscentrum kind- en jeugdpsychiatrie. The header includes the logo and the text 'kenniscentrum kind- en jeugdpsychiatrie' and 'van wijk tot wetenschap UTRECHT 24 NOV 2016'. The navigation bar has links for Home, Professionals, Ouders, Jongeren, Gemeenten, Leerkrachten, Nieuws, and Agenda. Below the navigation bar, there are links for Stoorissen, Formularium, Instrumentarium, Forensische jeugdpsychiatrie, Licht Verstandelijk Beperkten (LVB), GGZ 0-6, Erfelijkheid, Begrijp je medicijn, Ingrijpmedicatie, Integrale jeugdhulp, Kennisinitiatieven, ROMCKAP, OPEN, and Exper. The main content area is titled 'Formularium' and includes a list of medication groups: Stimulantia, Antipsychotica, Parasympatholytica, Antidepressiva, Stemningsstabilisatoren, Adrenerge middelen, Anxiolytica - hypnotica, App formularium, Off-label, and Referenties. A sidebar on the left lists these same categories. The main text describes the formularium as a tool for finding medication information for children and adolescents, with links to a 'overzicht van de individuele middelen' and 'referenties'. A section titled 'Formularium als App' mentions that the formularium is also available as an app for iPhone and Android, with links to the App Store and Android Market.

kenniscentrum kind- en jeugdpsychiatrie van wijk tot wetenschap UTRECHT 24 NOV 2016

Home Professionals Ouders Jongeren Gemeenten Leerkrachten Nieuws Agenda

Stoorissen Formularium Instrumentarium Forensische jeugdpsychiatrie Licht Verstandelijk Beperkten (LVB) GGZ 0-6
Erfelijkheid Begrijp je medicijn Ingrijpmedicatie Integrale jeugdhulp Kennisinitiatieven ROMCKAP OPEN Exper

Stimulantia
Antipsychotica
Parasympatholytica
Antidepressiva
Stemningsstabilisatoren
Adrenerge middelen
Anxiolytica - hypnotica
App formularium
Off-label
Referenties

Professionals > Formularium

Formularium

Laatste update: 2014. Eerste versie (2005) door Cees Ketelaars; tweede versie (2010) door Cees Ketelaars & Nico Bouwman; derde versie (2014) door Cees Ketelaars.

In het formularium staan teksten over individuele medicatiemiddelen. Deze middelen zijn ingedeeld in de onderstaande groepen. Bij elke groep is daarnaast algemene informatie voor het gebruik bij kinderen te vinden. Klik op de links voor een [overzicht van de individuele middelen](#) en de groep waartoe ze behoren en voor de [referenties](#).

- [Stimulantia](#)
- [Antipsychotica](#)
- [Parasympatholytica](#)
- [Antidepressiva](#)
- [Stemningsstabilisatoren](#)
- [Adrenerge middelen](#)
- [Anxiolytica hypnotica](#)

Formularium als App
Het formularium is ook [beschikbaar als app](#) voor de Iphone en Android toestellen. De app biedt een handzame samenvatting van de gegevens uit het formularium dat op onze website beschikbaar is. Verkrijgbaar via de [App Store](#) en [Android Market](#).

Conclusie

- Psychofarmaca worden (te) veel voorgeschreven voor minderjarigen
- Diagnostiek is vaak al omschreven binnen KJP, laat staan gebruik van medicatie
- Medicatie is nooit een eerstelijns interventie → Evidence Based Therapeutische programma's voor bijna alle aandoeningen
- Indicaties en gebruik bij minderjarigen zijn niet goed onderzocht → dus extra voorzichtig
- Weet dat u Off-label- voorschrijft

GGZ-crisis, wat nu?

Nieuwe speler:

PANGG 0-18

Provincie Antwerpen Netwerk Geestelijke Gezondheid Kinderen en Jongeren

PANGG 0 18: gids nieuw geestelijk gezondheidsbeleid

- ▣ Nationaal plan GGZKJ
- ▣ FOD : www.psy0-18.be



PANGG 0 18: gids nieuw geestelijk gezondheidsbeleid

- Nationaal Plan GGZKJ
 - 30 maart 2015 IMC Volksgezondheid:
Gids naar nieuw ggz-beleid voor kinderen en jongeren (28/05/2015)
 - Cruciaal:
Nastreven van integratie en continuïteit in de acties van alle betrokken zorgactoren

PANGG 0 18 : inleiding

■ Nationaal Plan GGZKJ

5 à 7%
Gespec.
GGZ

ernstige psychische problemen die gespecialiseerde ggz nodig hebben
5% à 7% van alle minderjarigen
135.000 minderjarigen en hun context

20%
Psy-hulp

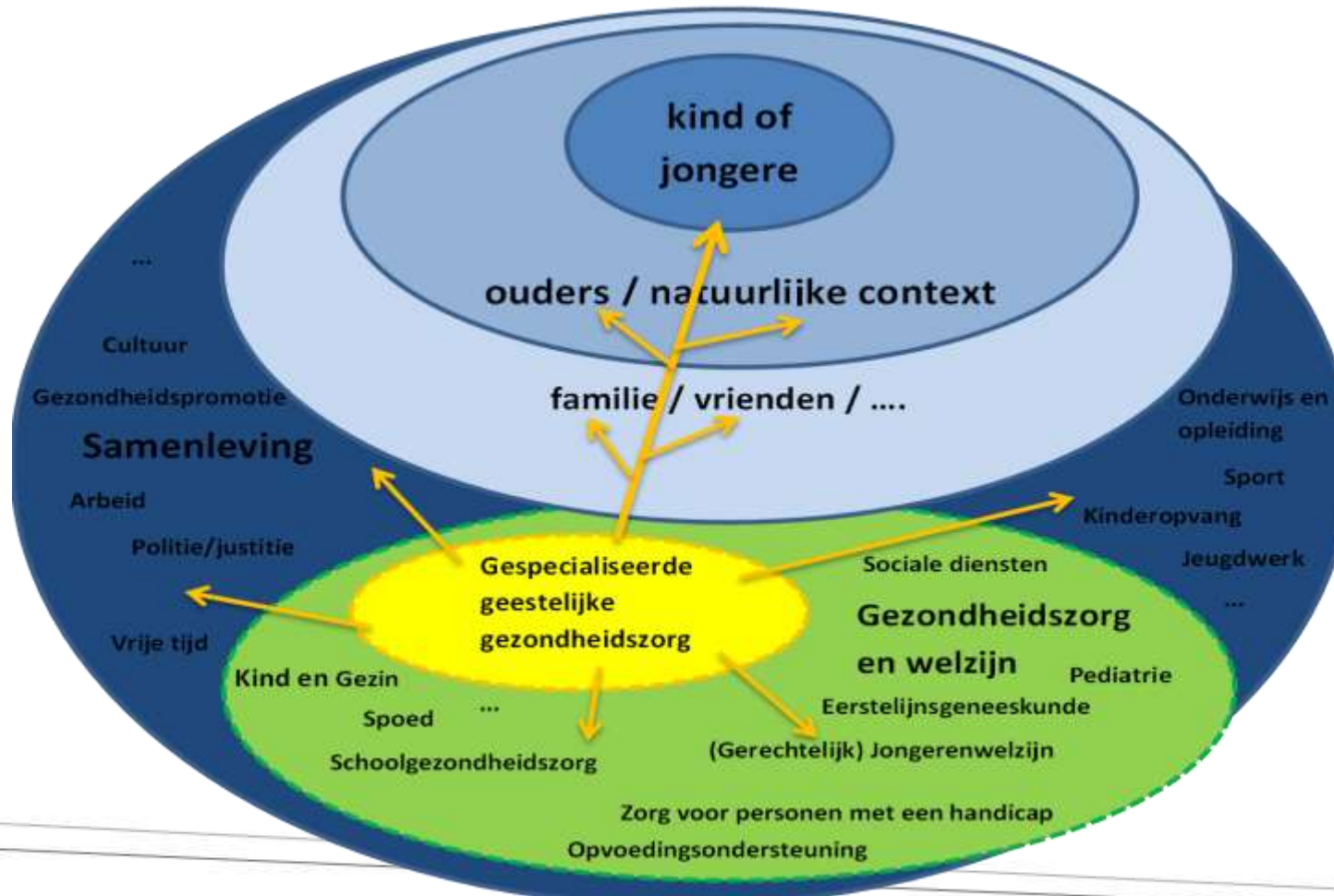
psychische problemen die reguliere zorg nodig hebben
20% van alle minderjarigen
450.000 minderjarigen en hun context

100%

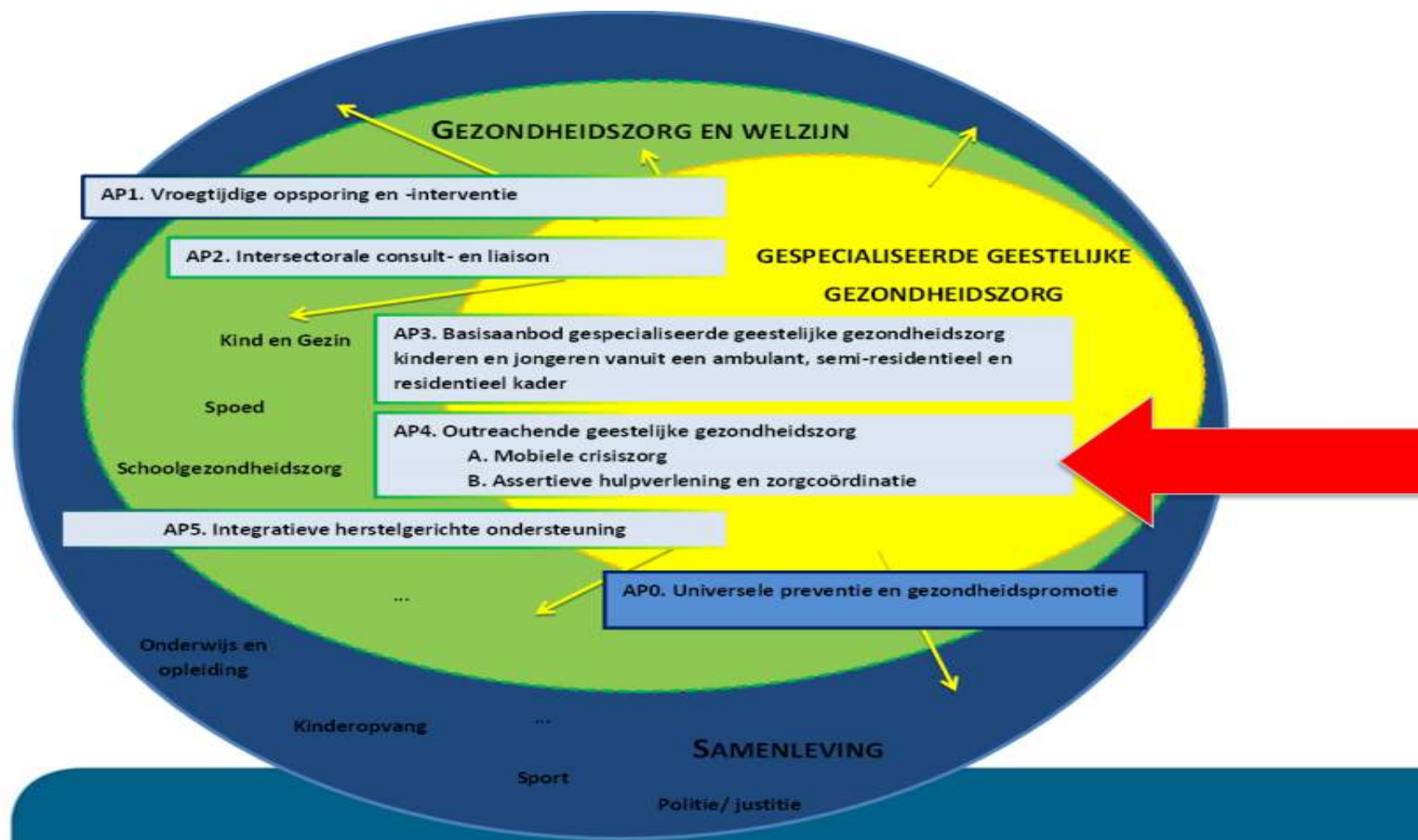
2.250.000 minderjarigen en hun context



Missie en visie



Activiteitenprogramma's



PANGG 0 18: doelstellingen

- Realisatie nieuw geestelijk gezondheidsbeleid in provincie Antwerpen voor alle minderjarigen
 - **Het netwerk streeft er naar om de geestelijke gezondheid van elk kind en jongere en diens context te dienen.**
 - **Het netwerk streeft naar een maximale afstemming tussen alle zorgcomponenten (gespecialiseerde GGZ en belendende sectoren), naar complementariteit en continuïteit.**
 - *meest samenlevingsgerichte,*
 - *effectieve,*
 - *efficiënte,*
 - *minst ingrijpende en meest kortdurende zorgvorm die mogelijk is en nodig is gezien de aard en de ernst van de problematiek aangeboden*

PANGG 0 18 : doelstellingen

- vraaggestuurd, in samenwerking en op een geïntegreerde manier zorg te organiseren voor alle kinderen en jongeren en hun context.
- Geschakelde zorg
- gedeelde zorg met een gedeelde verantwoordelijkheid
- Empowerend: participatief en representatief
- Vroegdetectie en –interventie beschouwt het netwerk als een belangrijke pijler
- Het netwerk wil delen van expertise op vlak van intervisie, supervisie, vorming en opleiding stimuleren om het zorgaanbod, afstemming en samenwerking blijvend te optimaliseren.

Partners PANGG 0 18

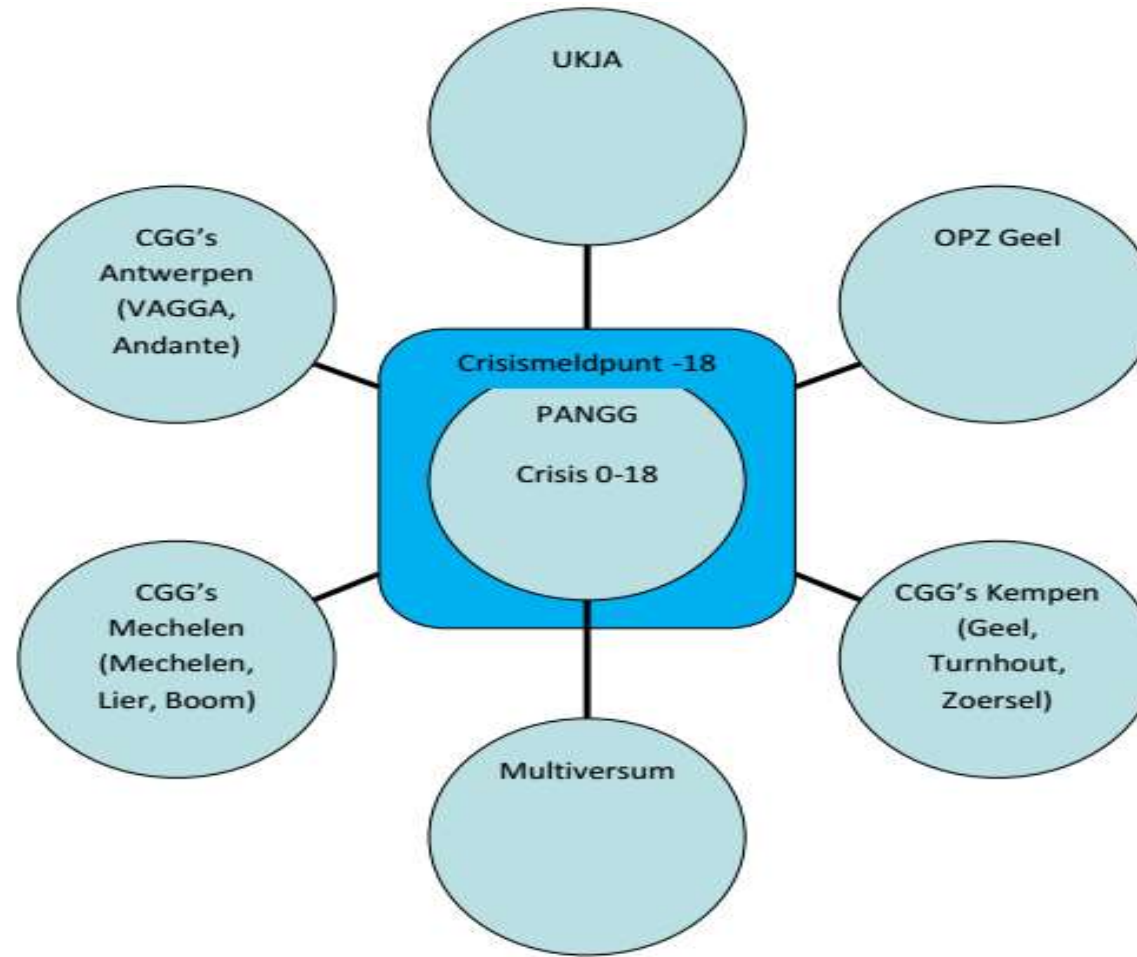
- K-diensten:
 - OPZ Geel voor Kempen
 - UKJA voor Antwerpen
- CGG's
 - Regio Kempen: CGG Kempen
 - Regio Mechelen en Rupelstreek: CGG De Pont
 - Regio Antwerpen: CGG Vagga, CGG Andante
- CAR = Centra ambulante revalidatie
- IJH = Integrale Jeugdhulp: BJB, CAW, CLB, K&G, VAPH
- Vertegenwoordiging huisartsen
- Vertegenwoordiging verslavingszorg
- Vertegenwoordiging cliënten en context
- OGGPA= Overlegplatform Geestelijke Gezondheidszorg Provincie Antwerpen

PANGG: organisatie

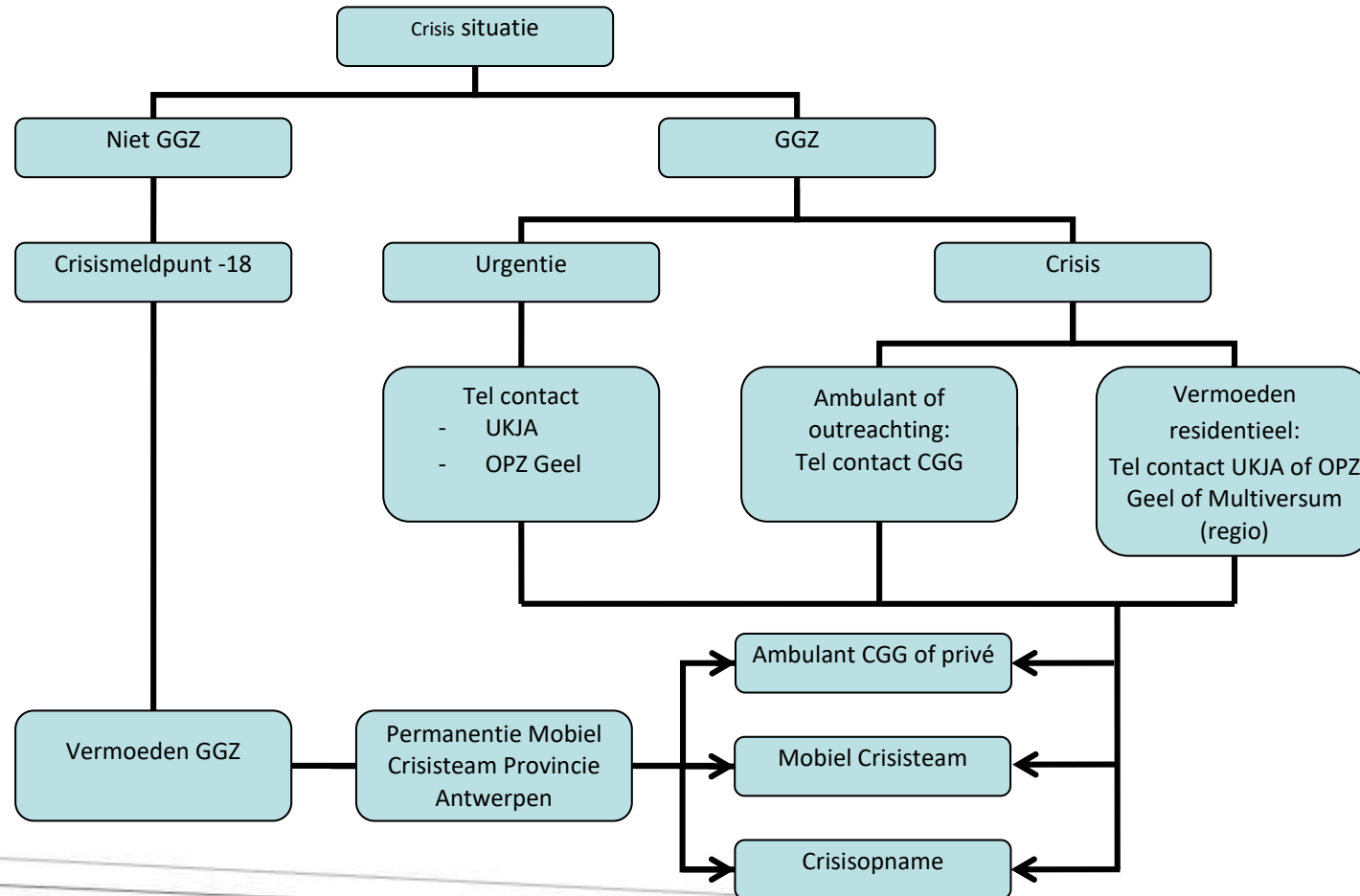
- Provincie Antwerpen: PANGG 0 18(provincie Antwerpen Netwerk Geestelijke Gezondheid)
- Zorgaanbod in activiteitenprogramma's
 - Crisisaanbod: ambulant, outreachend en residentieel
 - Langdurende aanklampende zorg
 - Dubbel diagnose
 - Intersectoraal consult en liaison
 - ADHD

Modules: crisiszorg

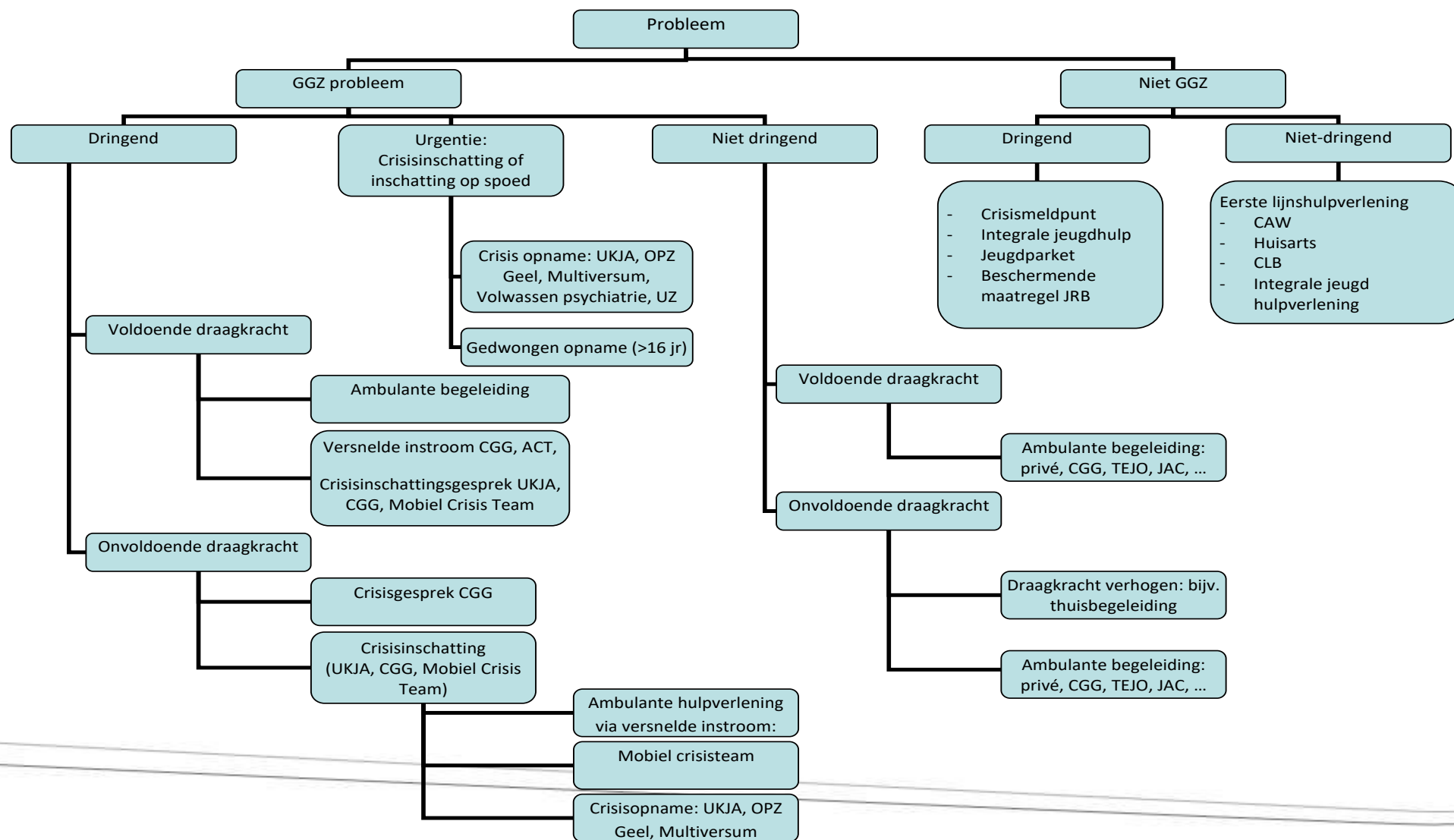
▣ Partners in crisis



Modules: crisiszorg: aanmeldingen



Beslisboom 'crisis'



Modules: crisiszorg

- ▶ Doelgroep:
 - ▶ Kinderen en jongeren van 0 – 18 jaar
 - ▶ GGZ problematiek
 - ▶ Ernstig
 - ▶ Nood aan hulp op zeer korte termijn
 - ▶ Geen urgentie
- ▶ Doelstellingen: zeer kortdurende interventie
 - ▶ Vraag gestuurd, oplossingsgericht
 - ▶ Verzekeren van veiligheid
 - ▶ Stabilisatie crisissituatie, assessment (beperkt), psycho-educatie, verwijzing
 - ▶ Problematische situatie onder controle krijgen door veerkracht en eigen oplossende vermogens te vergroten, sociale netwerk activeren: werken met context
 - ▶ Vlotte schakeling tussen verschillende modaliteiten

Modules: crisiszorg

■ Aanbod

■ Ambulant:

■ CGG's

- Versnelde instroom
- AKT

■ UKJA

- Crisis screening UKJA (Erasmus)
- Choice gesprek zorgseenheid: mee nadenken over verdere oriëntatie hulpverlening

Modules: crisiszorg

- Aanbod
 - Outreachend: mobiel crisis team Antwerpen
 - 3 teams: Antwerpen, Mechelen en Kempen
 - 2 weken, maximaal verlengbaar tot 4 weken
 - aan huis indien nodig, ook mogelijk in centra van 1 van de partners
 - maximaal 3 consulten/week aan huis
 - combineerbaar en samenwerking met CMP-18 en CHaH
 - Residentieel:
 - UKJA
 - OPZ Geel
 - Multiversum

Mobiele crisiszorg: wie zijn we?

Het mobiel crisisteam biedt mobiele crisiszorg voor alle kinderen en jongeren van 0 tot 18 jaar in de provincie Antwerpen, in een crisissituatie met een (vermoeden) van een geestelijke gezondheidsproblematiek. Ons team bestaat uit psychologen, maatschappelijk werkers, criminologen, orthopedagogen en psychiaters. We zijn een mobiel team, wat betekent dat we op locatie gaan.

- TEAM=
 - Netwerkpsychiater
 - Teamcoördinator
 - Mobiele medewerkers

pangg  O-18

Mobiele Crisiszorg: wat doen we?

- We doen eerst een verkennend gesprek met het kind/jongere en de omgeving (ouders, opvoeders, familie en/of andere hulpverleners). Dit kan doorgaan thuis, op school...We gaan na wat er misloopt en wat er goed loopt en samen gaan we op zoek naar mogelijke oplossingen. De begeleiding duurt maximaal twee weken en de gesprekken zijn gratis.

pangg  O-18

Mobiele Crisiszorg: wat doen we?

- ▶ Doelgroep:
 - ▶ Kinderen en jongeren van 0 – 18 jaar
 - ▶ GGZ problematiek
 - ▶ Ernstig
 - ▶ Nood aan hulp op zeer korte termijn
 - ▶ Geen urgentie
- ▶ Doelstellingen: zeer kortdurende interventie
 - ▶ Vraag gestuurd, oplossingsgericht
 - ▶ Verzekeren van veiligheid
 - ▶ Stabilisatie crisissituatie, assessment (beperkt), psycho-educatie, verwijzing
 - ▶ Problematische situatie onder controle krijgen door veerkracht en eigen oplossende vermogens te vergroten, sociale netwerk activeren: werken met context
 - ▶ Vlotte schakeling tussen verschillende modaliteiten

pangg  O-18

Mobiele Crisiszorg: wat doen we?

■ Aanbod

- Outreachend: mobiel crisis team Antwerpen
 - 3 teams: Antwerpen, Mechelen en Kempen
 - 2 weken, maximaal verlengbaar tot 4 weken
 - aan huis indien nodig, ook mogelijk in centra van 1 van de partners
 - maximaal 3 consulten/week aan huis
 - combineerbaar en samenwerking met CMP-18 en CHa

Mobiele Crisiszorg: hoe aanmelden?

- Iedereen die zich zorgen maakt over een kind of jongere in een crisissituatie kan contact opnemen. Aanmelding gebeurt via Crisismeldpunt -18 op het nummer 03/609 57 57
 - triage door medewerker die CGGZ-partner in consult kan vragen
 - ambulante vraag → versnelde instroom CGGZ / privé
 - mobiele vraag → PANGG 0-18
 - residentiële indicatie → UKJA & OPZ

pangg 0-18

VRAGEN

- met dank aan
Dr. C. Fache
Dr. H Hellemans
Dr. E. De Loore
Dr. K. Gaule

